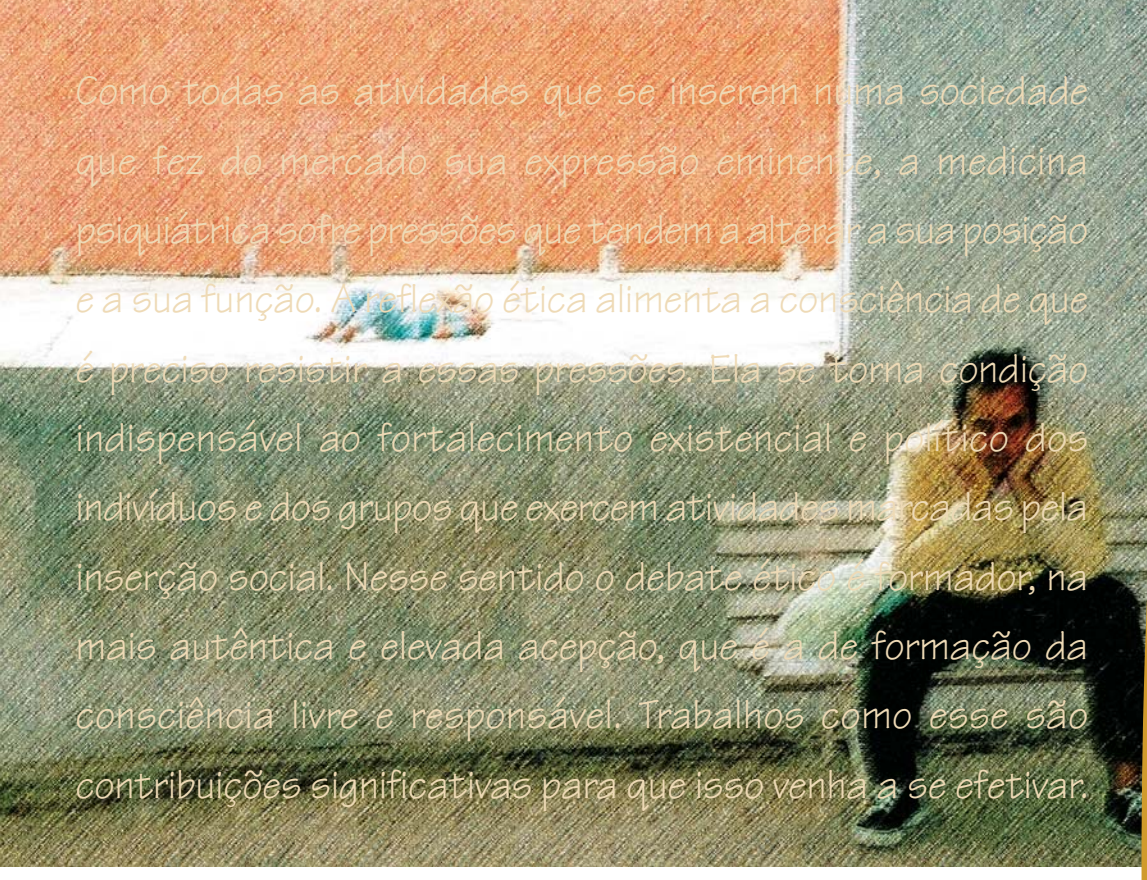

Como todas as atividades que se inserem numa sociedade que fez do mercado sua expressão eminente, a medicina psiquiátrica sofre pressões que tendem a alterar a sua posição e a sua função. A reflexão ética alimenta a consciência de que é preciso resistir a essas pressões. Ela se torna condição indispensável ao fortalecimento existencial e político dos indivíduos e dos grupos que exercem atividades marcadas pela inserção social. Nesse sentido o debate ético é formador, na mais autêntica e elevada acepção, que é a de formação da consciência livre e responsável. Trabalhos como esse são contribuições significativas para que isso venha a se efetivar.

ÉTICA

E PSIQUIATRIA

2ª Edição

Cadernos Cremesp

CREMESP
Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

Ética e Psiquiatria

2ª Edição

C R E M E S P
Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
2007

Ética e Psiquiatria
Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
Rua da Consolação, 753 - Centro - São Paulo SP - CEP 01301-910
Tel: (11) 3017-9300 www.cremesp.org.br

Coordenador
Luiz Carlos Aiex Alves

Realização
Câmara Técnica de Saúde Mental do Cremesp: Luiz Carlos Aiex Alves (coordenador), José Manoel Bombarda (conselheiro), Antonio Carlos Massarotto Cesarino, Cláudio Cohen, Darcy Antonio Portolese, Florence Kerr-Corrêa, Francisco Lotufo Neto, Gabriel Roberto Figueiredo, Ibiracy de Barros Camargo, Itiro Shirakawa, Mauro Gomes Aranha de Lima, Pilar Lecussán Gutierrez, Renato Del Sant e Ronaldo Laranjeira.

Colaboradores convidados
José Geraldo Vernet Taborda (prefácio), Franklin Leopoldo e Silva (posfácio), Eliana Cristina Gonçalves, Hamer Nastasy Palhares Alves, José Álvaro Marques Marcolino e Luiz Antônio Nogueira Martins

Comissão Revisora da Câmara Técnica de Bioética do Cremesp
Reinaldo Ayer de Oliveira (coordenador), Ieda Therezinha do Nascimento Verreschi e Isac Jorge Filho.

Arte e diagramação
José Humberto de S. Santos

Foto capa
Osmar Bustos

Revisão
Leda Aparecida Costa

Ética e psiquiatria / Coordenação de Luiz Carlos Aiex Alves. 2ª ed. São Paulo : Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2007.
262 p.

Colaboradores: Antonio Carlos Massarotto Cesarino; Cláudio Cohen; Darcy Antõnio Portolese; Eliana Cristina Gonçalves; Florence Kerr-Corrêa; Francisco Lotufo Neto; Franklin Leopoldo e Silva; Gabriel Roberto Figueiredo; Hamer Nastasy Palhares Alves; Ibiracy de Barros Camargo; Itiro Shirakawa; José Álvaro Marques Marcolino; José Geraldo Vernet Taborda; Luiz Antônio Nogueira Martins; Mauro Gomes Aranha de Lima; Pilar Lecussán Gutierrez; Renato Del Sant e Ronaldo Laranjeira.

ISBN 978-85-89656-13-9

1. Psiquiatria 2. Ética médica I. Alves, Luiz Carlos Aiex (coord.) II. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo II. Título

MLM WM 62

Apresentação da 2ª edição

Henrique Carlos Gonçalves
Presidente do Cremesp

É com muito orgulho e honra que a Presidência deste Conselho apresenta o livro *Ética e Psiquiatria*.

O fato é que esta segunda edição, decidida em face do rápido esgotamento da primeira tiragem, revela a qualidade do trabalho executado pelos autores e o interesse da sociedade pelas matérias aqui tratadas.

Trata-se de um reconhecimento à experiência e saber acumulado pelos membros da Câmara Técnica de Saúde Mental do Cremesp e dos outros colaboradores, que tornaram esta obra possível.

Nesta edição o trabalho foi enriquecido com pareceres da Câmara Técnica, em complementação a todos os temas já debatidos.

A presente publicação, que já passou a ser uma referência nacional, está à disposição dos profissionais, instituições e demais interessados em difundir o estudo, a reflexão e a prática da ética em Psiquiatria.

São Paulo, setembro de 2007

Apresentação da 1ª edição

Desiré Carlos Callegari
Presidente do Cremesp
(Abril de 2006 a junho 2007)

É com grande satisfação que apresentamos à categoria médica a publicação *Ética e Psiquiatria*, uma produção da Câmara Técnica de Saúde Mental do Cremesp. A nossa intenção é colocar em evidência e debater com a sociedade os principais dilemas éticos vividos no cotidiano do exercício da psiquiatria e da atuação dos demais profissionais de saúde.

Muito mais na perspectiva de compartilhar conhecimentos e opiniões, sem a intenção de apresentar abordagens definitivas, são tratados por renomados especialistas temas como o sigilo médico, a autonomia do paciente, o ensino e a pesquisa, os procedimentos técnicos, as situações de emergência, as políticas públicas, a justiça, a religião, entre outros.

Com isso, esperamos contribuir para que a saúde mental, parte integrante da saúde pública, seja abordada conforme sua dimensão e sua complexidade.

Ao nos depararmos com as questões éticas da especialidade, seremos capazes de compreender melhor a importância do bem estar psíquico da população; e de lutar coletivamente contra a discriminação e em defesa de uma atenção de melhor qualidade aos pacientes e seus familiares.

A capacitação de recursos humanos, comprometidos com as reflexões éticas, é um passo importante para que seja colocado em prática um sistema de saúde mental integral, que englobe a promoção, a prevenção, o tratamento, a assistência, a readaptação e a reinserção social dos cidadãos e cidadãs portadores de distúrbios mentais.

Sumário

Prefácio - Ingenuidade e revolução 9
José Geraldo Vernet Taborda

Introdução 21
Luiz Carlos Aiex Alves

Os contornos da Psiquiatria e seus desdobramentos éticos 27
Mauro Aranha de Lima

Ética, pesquisa e ensino em Psiquiatria 39
Florence Kerr-Corrêa e Pilar Lecussán Gutierrez

O sigilo médico em caso de paciente pedófilo e o âmbito da responsabilidade do psiquiatra 55
Luiz Carlos Aiex Alves

Psiquiatria e Psicoterapia no âmbito institucional 69
José Álvaro Marques Marcolino

Ética médica e relações com as indústrias farmacêutica e do álcool 81
Florence Kerr-Corrêa e Cláudio Cohen

A violação dos limites na relação médico-paciente 97
Francisco Lotufo Neto

Ética e Psiquiatria Infantil 103
Pilar Lecussán Gutierrez

Internação involuntária em Psiquiatria: legislação e legitimidade, contexto e ação 115
Mauro Aranha de Lima

Suicídio e Ética 127
Ibiracy de Barros Camargo

Ética e Psicoterapia 137
Darcy Antonio Portolese

Quando o psiquiatra erra 147
Francisco Lotufo Neto

Doença mental e crime 151
Claudio Cohen

A atualização profissional é um imperativo ético? 157
Ibiracy de Barros Camargo

Bioética e Psiquiatria: considerações sobre autonomia, beneficência, não-maleficência e eqüidade 161
Claudio Cohen

Considerações éticas sobre psicoterapia de grupo, de família e de casal 171
Antonio Carlos Cesarino

Assistência psiquiátrica e desinstitucionalização 185
Itiro Shirakawa e Eliana Cristina Gonçalves

O psiquiatra e suas relações com os demais profissionais 193
Renato Del Sant

Orientações e dilemas éticos ante o médico com transtorno mental 199
Ronaldo Laranjeira, Hamer Nastasy P. Alves e Luiz Antônio Nogueira Martins

O Estado e as políticas públicas de saúde mental 207
Gabriel Figueiredo

O psiquiatra e as emergências médicas 213
Ibiracy de Barros Camargo

'Psicocirurgias': considerações e balizamentos para a sua prática no Estado de São Paulo 221
Darcy Antônio Portolese e Mauro Aranha de Lima

Aspectos éticos de um procedimento técnico em Psiquiatria: a eletroconvulsoterapia 227
Darcy Antônio Portolese

Posfácio 233
Franklin Leopoldo e Silva

Autores 237

Anexos 240

Prefácio
Ingenuidade e revolução

José G. V. Taborda

> "There are two kinds of naïveté: one which is not yet aware of all the problems and has not yet knocked at all the doors of knowledge; and another, a higher kind, which is the result of philosophy having looked into all problems, having sought counsel in all the spheres of knowledge, and then having come to see that we cannot explain anything but have to follow convictions whose inherent value appeals to us in an irresistible way". **Albert Schweitzer**[1]

Vive-se uma crise moral sem precedentes no Brasil contemporâneo, denotativa de verdadeiro estado de anomia social. Além da exposição diária à violência de criminosos comuns, o cidadão indefeso observa o endosso quase explícito a todo e qualquer ato de força praticado em nome de bandeira política supostamente justa. A nação atônita testemunha um crescendo de denúncias e escândalos que atingem todas as esferas da sociedade, perpetrados na busca de ganhos materiais ou da supremacia política momentânea. É o império do princípio de levar vantagem em tudo e da prevalência dos interesses individuais e paroquiais sobre o bem-estar coletivo. Esse "mar de lama", apesar de multiforme, em sua essência compõe-se de um lado de um agente público que, a cavaleiro de seu cargo, obtém vantagem ilícita. Nessa categoria, encontram-se do guarda da esquina ao chefe de governo, passando por ilustres parlamentares. Na outra ponta, o interesse privado, que oscila do

cidadão flagrado em pequena falta, engloba o delinqüente contumaz e chega ao grande financista ou ao poderoso empreiteiro. Recentemente, para pasmo geral, descobriu-se que nem mesmo membros dos mais elevados tribunais do país estavam imunes a esse contágio.[2]

Nesse contexto, não causa espanto que o povo confie cada vez menos em suas instituições e olhe de forma cética para quaisquer indivíduos – ou grupos de indivíduos – que, de alguma forma, representem o "establishment". Buscando quantificar essa descrença, o Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (IBOPE), realizou, em maio e em agosto de 2005, pesquisas de campo para estabelecer o grau de confiança popular nas principais instituições e profissões existentes. Além dos achados já esperáveis – como a baixa credibilidade do segmento político em geral – constatou-se que a classe médica despontava como a categoria profissional que detinha os mais elevados índices de confiança da população brasileira, 85%, com dez pontos acima do segundo colocado, as Forças Armadas.[3] O livro que ora tenho a honra de prefaciar origina-se das razões dessa respeitabilidade.

A função de pensar as feridas e tratar as doenças é, provavelmente, tão antiga quanto a humanidade. No mundo ocidental, a prática médica encontra suas raízes na Grécia Clássica, onde, no "Corpus Hippocraticum", encontram-se preceitos morais que, há 26 séculos, orientam o exercício da medicina. A coleção hipocrática, na verdade, é um conjunto de setenta tratados escritos ao longo de prováveis cinco séculos, cujo ponto em comum, além do dialeto jônico, residia no objetivo de esclarecer a natureza e o curso das doenças e de indicar os métodos de tratamento. Desses, há alguns textos inteiramente dedicados a como deveria o médico se conduzir durante a prática de seu ofício, como "Preceitos", "Lei", "Decoro" e o famoso "Juramento".[4,5]

A mais antiga referência a um princípio ético, entretanto, encontra-se num tratado essencialmente clínico, o "Epidemia I", atribuído ao próprio Hipócrates, no qual são apresentadas uma série de casos clínicos e a descrição do clima e da geografia dos locais onde ocorreram. Em determinado momento, ao discutir a importância prognóstica

das secreções corporais, o autor insere a seguinte passagem: "[o médico deve] esclarecer o passado, diagnosticar o presente e prognosticar o futuro. Em relação às doenças, ter por hábito duas coisas: ajudar e não causar danos. A arte tem três componentes: a doença, o paciente e o médico. O médico é o servo da arte. O paciente deve cooperar com o médico no combate à doença".[6] Eis ali, em estado germinal, o que hoje denominam-se Princípios da Não Maleficência e da Beneficência. Tempos após, o "Juramento" da escola hipocrática reitera esses Princípios e agrega normas vedando a prática de eutanásia ou de auxílio ao suicídio, a exploração do paciente em benefício próprio e estabelece o sigilo médico. Apesar de que o real significado dessas normas morais não seja, possivelmente, o que lhe é hoje atribuído, constitui-se no fundamento da ética médica contemporânea.

A medicina grega estabeleceu-se em Roma através de Asclepíades de Bitínia, cerca do ano 100 AC.[7] A literatura médica produzida pelos romanos tinha um caráter nitidamente prático, em detrimento de abordagens teóricas. Mesmo assim, pode-se encontrar algumas passagens nas quais percebem-se preocupações doutrinárias de natureza ética. Uma delas é de autoria de Scribonius Largus (14-54 DC), um grego liberto, numa obra sobre farmacologia, "Compositiones" (Composições), na qual, após falar das qualidades morais imprescindíveis a quem prescreve drogas, assevera o seguinte: "Todos os deuses e homens devem odiar o médico em cujo íntimo falte compaixão e espírito de humanidade. Essas verdadeiras qualidades de um médico, comprometido pelo sagrado juramento que fez, impedem-no de ministrar droga nociva ainda que ao inimigo, embora o médico deva combater esse mesmo inimigo, se a ocasião o exigir, em seu papel de soldado e de bom cidadão."[8] Essa, talvez, a primeira manifestação em favor do princípio da não discriminação do paciente, que deverá ser atendido pelo médico de forma desvelada e humana independentemente de quem se trate.

A importância da ética e de seu estudo formal no campo da medicina, entretanto, somente foi explicitamente reconhecida no segundo século da era cristã, através da obra de Galeno de Pérgamo (129-200 DC),

personagem com o qual se encerra o período clássico da medicina. Em um ensaio denominado "Quod Optimus Medicus Sit Idem Philosophus" (O Ótimo Médico é Também um Filósofo), defende que este deve conhecer todas as partes da filosofia, "a lógica, a física e a ética". Adepto do estoicismo, Galeno propugnava que o médico deveria levar uma vida envolta em justiça e temperança, criticava os gananciosos e entendia que os pobres deveriam ser igualmente atendidos. Segundo Jonsen, "a ética do médico galênico focava-se primariamente no caráter dos que praticavam a medicina. Estudo e aprendizado são primordiais; vida regular, essencial; cortesia e benevolência para com os pacientes são poderosos instrumentos terapêuticos. Galeno pregava uma ética do decoro, enfatizando atitudes e virtudes em detrimento de regras e deveres".[6]

A partir de suas bases clássicas, os preceitos éticos da medicina expandiram-se através dos séculos. Durante a Idade Média, por exemplo, sob a influência da Igreja Católica, o tratamento dos enfermos adquiriu um caráter de prática da caridade e tornou-se um imperativo deontológico. Essa nova visão permitiu o surgimento de grandes hospitais associados a alguma ordem religiosa, nos quais os pacientes são os "senhores" que devem ser servidos.[7,9] Entretanto, foi somente com o Renascimento que a discussão ética adquiriu maior sutileza e influenciou diretamente a prática médica hodierna.

No Século XV, teólogos católicos dedicaram-se ao estudo dos "deveres morais dos cristãos". Um dos pontos examinados dizia respeito à observância do 5º Mandamento, "Não matarás", e de sua relação com o dever do médico de salvar vidas. Até que ponto este poderia avançar na intenção de aliviar o sofrimento ou prevenir a morte? Dessa discussão surgem os conceitos de "meios ordinários e extraordinários" de tratamento e a "teoria do duplo efeito", de grande importância no debate atual sobre eutanásia, referendada pelo Papa Pio XII em 1957.[10] No Século XVI, o médico italiano católico, Giovanni Codronchus, em seu "De Christiana ac Tuta Medendi Ratione" (Sobre a Forma Cristã e Segura de Curar), apresenta alguns dos dilemas

morais enfrentados pelo médico em sua prática. Dentre esses, pode-se citar o seguinte: um clínico deveria aceitar pagamento para tratar uma pessoa que se encontra em fase terminal? Sua resposta é afirmativa, desde que não esconda a iminência da morte ou falsamente prometa cura.[6] No Século XVII, o teólogo e jurista alemão protestante, Ahasverius Fritsch, em seu "Medicus Peccans sive Tractatus de Peccatis Medicorum" (O Médico Pecador ou Tratado sobre os Pecados dos Médicos), enumera 23 pecados freqüentemente cometidos pelos médicos, dentre eles praticar a medicina sem o necessário conhecimento, cobrar dos pobres, cobrar excessivamente dos ricos, abandonar o paciente, fugir da cidade quando de uma epidemia, prolongar tratamento em busca de aumento de ganhos, denegrir a reputação de outros médicos, revelar os vícios secretos dos pacientes, prescrever terapêutica não comprovada e prescrever quando embriagado.[6]

É nesse período que surgem os primeiros tratados dirigidos exclusivamente à ética médica. O pioneiro é "De Cautelis Medicorum" (Sobre as Precauções dos Médicos), em 1495, do professor de medicina da Universidade de Pádua, Gabriele de Zerbi, que introduz o conceito de "fidelidade" como a virtude central do bom clínico.[6]

Segue-se o "Medicus Politicus" (Médico Político), em 1614, de Rodrigo Castro, médico judeu português que trabalhava em Hamburgo, que retorna ao tema do "decoro médico" (o médico como uma pessoa correta e virtuosa, tanto em sua vida pública, quanto privada) e propõe algumas regras de conduta: obrigação de atender a todos que lhe pedem auxílio, mesmo inimigos, exceto se correr risco de vida; tratar o pobre graciosamente; não visitar enfermos se não for convidado; não tomar em tratamento o incurável. Além disso, após discutir o tema "controverso" de enganar o paciente sobre sua condição de saúde, considera que omitir a verdade não seria uma mentira, desde que praticada com o objetivo de ajudar o paciente e não por motivos egoísticos.[4,6]

Em 1749, Friedrich Hoffman, professor de medicina da Universidade de Halle, também escreve um "Medicus Politicus", no qual aponta a "prudência", habilidade para tomar decisões racionais em situações

complexas, como o requisito essencial do médico. Para Hoffman, o médico "prudente" deveria ser cristão e misericordioso, principalmente em relação aos pobres, embora devesse manter uma distância decente dos mesmos para que não se tornassem dele dependentes. Dessa forma, embora não falasse em autonomia, sua atitude estimulava a que a relação médico-paciente se processasse num plano de equivalência. Hoffman aconselhava, também, que houvesse modos diferentes de falar com o enfermo: ao instruído, as informações seriam prestadas de maneira precisa e detalhada; ao ignorante, somente uma explanação geral de sua condição.[4,6]

Finalmente, em 1779, surge o mais elaborado de todos os tratados, "System einer vollständigen medicinischen Polizei" (Sistema de uma Política Médica Completa), de Johann Peter Frank, médico e professor em Viena. Frank adota o que seria hoje denominado uma perspectiva epidemiológica e debruça-se sobre os mais importantes temas de saúde individual e coletiva. Assim, confere um sentido mais amplo à atividade do médico, o que implica novos deveres morais, pois a saúde pública contribuiria para a prosperidade social.[6]

Na transição do Século XVIII para o XIX, o longo processo de maturação da profissão médica criou condições para o surgimento do seu primeiro código de ética. Por solicitação dos dirigentes do Hospital de Manchester, foi incumbido de sua redação o Dr. Thomas Percival, que, em 1803, publica "Medical Ethics or a Code of Institutes and Precepts, Adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons" (Ética Médica ou um Código de Institutos e Preceitos Adaptados à Conduta Profissional de Médicos e Cirurgiões). Essa obra, além de pioneira, por se configurar em verdadeira consolidação do que havia sido elaborado nos séculos precedentes, baseia-se firmemente na concepção do médico como um "gentleman", um vocábulo que, à época, indicava uma postura "decorosa" (de acordo com as regras sociais) mas, também, a posse de certas virtudes fundamentais. Percival foi o primeiro a utilizar a expressão "ética médica" e seu código estruturou-se em quatro partes: deveres relativos aos hospitais,

conduta profissional na prática privada, relação com os farmacêuticos e deveres para com o sistema legal.[11,4,9] De Percival, é celebre o debate que encetou com o Reverendo Thomas Gisborne sobre a "veracidade" em relação aos pacientes, ao defender o "engano beneficente" quando a realidade crua se mostrasse muito danosa ao sujeito.[6] De certa forma, essa é a regra em vigor no artigo 59 do Código de Ética Médica (CEM) brasileiro.[12]

Ao Código de Percival sucederam-se inicialmente códigos de ética médica nos países de língua inglesa, seguidos pelas nações européias e suas antigas colônias. Esse costume difundiu-se ainda para profissões paramédicas. Em 1948, a Associação Médica Mundial promulgou seu "Código Internacional de Ética Médica", com o objetivo de que servisse de modelo para códigos de ética nacionais.[13] Em psiquiatria, os primeiros textos sobre ética dignos de nota são os "Principles of Medical Ethics with Annotations Especially Applicable to Psychiatry" (Princípios de Ética Médica com Anotações Especialmente Dirigidas à Psiquiatria), da Associação Psiquiátrica Americana (APA), no ano de 1973, e a "Declaração do Havaí", de 1977, da Associação Mundial de Psiquiatria (AMP).[9,14,15] Neste documento a AMP combate firmemente o mau uso da psiquiatria e os abusos cometidos em seu nome. Embora direcionadas basicamente à realidade da psiquiatria soviética, as diretrizes ali expostas têm aplicação universal. É interessante observar, ainda, que os textos produzidos a partir da metade do Século XX enfatizam outro princípio até então negligenciado em nome da preponderância do paternalismo ou da beneficência: o da autonomia do sujeito. De acordo com essa orientação, questões como informação e consentimento passam a ter uma importância dantes nunca havida na clínica médica.

Faça-se agora uma interrupção nessa breve digressão histórica e assinale-se o objetivo que a orientou: enfatizar que, ao longo dos tempos, a prática da medicina e a observância de preceitos éticos têm sido fenômenos absolutamente indissociáveis. A ética médica tradicional tratou de temas como beneficência, não maleficência, integridade pessoal,

paternalismo, capacidade técnica, sigilo profissional, respeito ao paciente, não exploração e não discriminação dos enfermos, desprendimento material, veracidade, fidelidade, caridade, responsabilidade social do médico e vedou o aborto, a eutanásia e a assistência ao suicídio. A esses agregou-se, nas últimas décadas, pela influência hegemônica da cultura anglo-saxã, uma nova perspectiva para a questão da autonomia do paciente (Princípio da Autonomia) e, por decorrência da explosão populacional e da falência do "Welfare State", a necessidade de estabelecer critérios para uma equânime distribuição de recursos de saúde muitas vezes escassos e caros (Princípio da Justiça).[16]

Dirigindo-se o foco para a prática da clínica psiquiátrica constata-se que, nesta, todas essas questões também se fazem presentes. Mesmo as relativas a aborto ou eutanásia, pois eventualmente podem se referir a pessoa com patologia mental grave. Entretanto, como os transtornos mentais se exteriorizam basicamente por alterações comportamentais e, além disso, boa parcela dos pacientes está sem condições de compreensão plena e de fazer escolhas racionais, os dilemas morais em psiquiatria observam uma determinada especificidade e ensejam dúvidas (ou críticas) tanto de natureza filosófica quanto política. Assim, mesmo um assunto desprovido de maior controvérsia em qualquer outra especialidade, como a simples formulação diagnóstica, em psiquiatria pode provocar imensas discussões, pois a figura do doente mental grave muitas vezes é entrevista como a de um mero desviante social e, como tal, uma pessoa sobre a qual se abate todo o peso do "establishment" discriminatório. Por outro lado, o problema do consentimento para tratamento, que envolve, fundamentalmente, o fornecimento de informações amplas e suficientes, a sua compreensão e a escolha livre de constrangimentos, no caso desses pacientes pode apresentar alguma dificuldade por eventual deficiência de suas condições cognitivas, de quebra do teste de realidade e/ou por diminuição da capacidade de autodeterminação do sujeito. Além disso, muitas vezes haverá a necessidade de intervenção de substitutos legais, os quais podem ter opiniões divergentes sobre o tratamento daquelas expressas pelo enfermo.

Retorne-se agora ao Brasil contemporâneo. O exercício da medicina é regulamentado nacionalmente pela Lei nº 3.268/57, que criou o Conselho Federal de Medicina (CFM) e os Conselhos Regionais de Medicina (CRMs) como "órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e ao mesmo tempo julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente".[17] No cumprimento desse mister, o CFM edita o CEM, atualmente em sua terceira versão, de 1988, bem como Resoluções normativas, que, em seu conjunto, constituem a fonte positiva das normas deontológicas para a prática médica. Além disso, quando provocado, emite Pareceres sobre dúvidas éticas ou dilemas morais apresentados. Aos CRMs, além da emissão de Pareceres e de Resoluções, válidos nas respectivas áreas de abrangência territorial, incumbe processar e julgar em fase inicial os médicos de sua jurisdição, bem como fiscalizar as condições da prática da medicina em seu território. É uma atividade complexa que, muitas vezes, a depender da composição do Conselho, pode não ser exercida com sabedoria se não contar com assessoria adequada. Esse o espírito da criação das Câmaras Técnicas especializadas.

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), dentre suas Câmaras Técnicas, possui uma dedicada à Saúde Mental. Sob a coordenação do ilustre colega Luiz Carlos Aiex Alves, seu principal objetivo é a discussão de temas relacionados à ética em psiquiatria. No exercício de sua atividade, a Câmara Técnica de Saúde Mental (CTMS) tem debatido relevantes questões que surgem no dia a dia da prática psiquiátrica. Até agora esse trabalho, apesar de extremamente valioso, permanecera inacessível ao grande público, servindo apenas de subsídio para as decisões do Cremesp Assim, é em boa hora que esse grupo seleto de psiquiatras decidiu divulgar parte de sua produção sob a forma de um livro que já nasce clássico, pois seu conteúdo, além de muito abrangente, deriva, em sua origem, de casos concretos examinados pela CTMS e da experiência pessoal dos autores.

A leitura dos diversos capítulos de *Ética e Psiquiatria* enseja um contraponto entre a realidade social brasileira, mencionada no início deste prefácio, e as preocupações que dominam todos aqueles que fazem da prática médica uma razão e um estilo de vida. Num mundo tão individualista e centrado em ganhos materiais, fazer da preocupação com a vida e a saúde do próximo uma atividade profissional e, mais, procurar conduzir essa atividade de forma respeitosa, prudente, compassiva, benevolente, sem discriminações e mantendo-se íntegro, é uma tarefa que pode causar espanto. Ou admiração. Além disso, manter um constante respeito a valores morais estabelecidos e aos princípios éticos milenares que os inspiram, pode soar até como desaforo. Ou seria uma expressão de autismo social? Ou de ingenuidade?

Ética e Psiquiatria estende-se por 22 capítulos que tratam com brilhantismo desde temas puramente conceituais – como os que abordam os "contornos da psiquiatria e seus desdobramentos éticos", as "políticas públicas de saúde mental" e a relação entre "bioética e psiquiatria" – passando pelo tripé assistência-ensino-pesquisa, até abranger, finalmente, tópicos diversos da prática psiquiátrica.

Em relação à assistência, discutem-se as relevantes questões da "ética em psicoterapia", em "psicoterapia de grupo, família e casal" e em "psicoterapia no âmbito institucional", bem como das "emergências médicas", da "eletroconvulsoterapia" e das "psicocirurgias", os últimos repondo em termos rigorosamente corretos as controvérsias que pairam sobre esses procedimentos. Além disso, os palpitantes temas da "violação de limites na relação médico-paciente" e do "sigilo médico frente a paciente pedófilo" são também abordados. Encerra-se esse bloco com minuciosa análise das implicações éticas "na pesquisa e no ensino" da psiquiatria.

Nos demais artigos, alguns examinam o psiquiatra em si, como os que discutem a "necessidade de atualização profissional como imperativo ético", o que fazer "quando o psiquiatra erra" e como valer-se construtivamente desse erro, as relações "com os demais profissionais" ou com "as indústrias farmacêutica e do álcool" e a tormentosa questão do "médico com transtorno mental". Outros capítulos tratam de

temas da prática diária, tais como o manejo, tratamento e adoção de medidas defensivistas frente a um "paciente com risco de suicídio" e os contextos legal e ético da "internação psiquiátrica involuntária". Além disso, "a reforma da atenção psiquiátrica" é examinada com profundidade e apontadas as causas da desassistência a que os enfermos mentais foram relegados, muitos dos quais terminam sendo recolhidos a instituições penitenciárias. Assim, muito pertinente a análise da relação entre "doença mental e crime" e do mito da periculosidade desses pacientes. Finalmente, as especificidades éticas da "psiquiatria infantil" são abordadas de forma segura em texto que leva em consideração as peculiaridades dessa faixa etária.

O leitor atento e que teve a paciência de seguir estas linhas até este ponto, terá percebido, sem dúvida, que *Ética e Psiquiatria*, em linguagem atual e sob um enfoque moderno, retoma problemas debatidos pela classe médica ao longo dos tempos e mantém acesa a chama do primado ético do exercício profissional acima de quaisquer outras considerações. Assim, voltando os olhos para a triste realidade brasileira atual, talvez seja este o momento de contradizer Tancredi, sobrinho do magnífico Príncipe Salina, de Lampedusa, que, frente ao avanço inexorável das tropas de Garibaldi e dos novos tempos que se avizinhavam, asseverava cinicamente: "se queremos que tudo fique como está é preciso que tudo mude".[18] Quem sabe seja esta a ocasião de recuperar velhos e esquecidos valores e bradar que é preciso que nada mude para que se proceda a uma profunda revolução.

Parabéns a Luiz Carlos Aiex Alves, Antônio Carlos Cesarino, Cláudio Cohen, Darcy Antônio Portolese, Florence Kerr-Correa, Francisco Lotufo Neto, Gabriel Roberto Figueiredo, Ibiracy de Barros Camargo, Itiro Shirakawa, José Álvaro Marques Marcolino, Mauro Gomes Aranha de Lima, Pilar Lecussán Gutierrez, Renato Del Sant, Ronaldo Ramos Laranjeira, Eliana Cristina Gonçalves, Hamer Alves e Luiz Antônio Nogueira Martins pela magnífica obra que produziram.

De Vila Marieta, Canela, RS, para São Paulo, SP, em maio de 2007

Referências bibliográficas

1. Schweitzer A. Christianity and the Religions of the World. Translated by J Powers. London: Macmillan; 1951.
2. Oltramari A. Furacão da Limpeza. *Veja* 2007 abr; 40(16):73-78.
3. Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística. Confiança nas Instituições. Disponível em: http://www.ibope.com.br Acessado em: 30 abr. 2007.
4. Drummond JGF. O "Ethos" Médico: A Velha e a Nova Moral Médica. Montes Claros: Unimontes; 2005.
5. Veatch RM. Medical Ethics: An Introduction. In: Veatch RM. Medical Ethics. 2nd ed. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers; 1997.
6. Jonsen AR. A Short History of Medical Ethics. New York: Oxford University Press; 2000.
7. Lyons AS, Petrucelli J. Medicine: An Illustrated History. New York: Harry N. Abrams; 1987.
8. Pellegrino ED, Pelegrino AA. Humanism and Ethics in Roman Medicine: Translation and Commentary on a Text of Scribonius Largus. *Literature and Medicine* 1988; 7:22-38.
9. Musto DF. A Historical Perspective. In: Bloch S, Chodoff P, Green SA. Psychiatric Ethics. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 1999.
10. Pope Pius XII. The Prolongation of Life: An Address of Pope Pius XII to an International Congress of Anesthesiologists. *The Pope Speaks* 1958; 4:393-398.
11. Bloch S, Pargiter R. Codes of Ethics in Psychiatry. In: Bloch S, Chodoff P, Green SA. *Psychiatric Ethics*. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 1999.
12. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1.246, de 8 de janeiro de 1988. Dispõe sobre o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, de 26 jan. 1988. Seção 1, p. 1574-7.
13. World Medical Association. International Code of Medical Ethics. *World Medical Association Bulletin* 1949; 1(3):109-111.
14. American Psychiatric Association. The Principles of Medical Ethics with Annotations Especially Applicable to Psychiatry. 6th ed. Arlington: APA; 2006.Schweitzer A. Christianity and the Religions of the World. Translated by J Powers. London: Macmillan; 1951.
15. World Psychiatric Association. Declaration of Hawaai. *British Medical Journal*1977; 2:1204-1205.
16. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 4th ed. New York: Oxford University Press; 1994.
17. Brasil. Lei n. 3.268, de 30 de setembro de 1957. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, de 4 out. 1957.
18. Di Lampedusa GT. O Leopardo. São Paulo: Abril Cultural; 1979.

Introdução

Luiz Carlos Aiex Alves

A experiência de conselheiro do Cremesp e a análise de processos disciplinares envolvendo psiquiatras nos levou a perceber — e a refletir sobre essa percepção — que nem mesmo um simples exame psiquiátrico está inteiramente isento de conseqüências para a existência do sujeito como um todo. Em variadas circunstâncias, o exercício da psiquiatria extrapola o âmbito propriamente sanitário para alcançar o da vida civil do paciente. O trabalho do psiquiatra, nesse contexto, não pode mais ser pensado como circunscrito à clínica, entendida como o diagnóstico e a orientação terapêutica do que se convenciona chamar de "transtorno mental". Considerações de natureza ética ganham relevância e a Psiquiatria deixa de ser uma prática que diz respeito exclusivamente ao médico.

Pelo fato de estar relacionada com a vida mental do indivíduo — sua autonomia, ações, intenções, possibilidades de escolha, projetos — a dimensão extraclínica da atividade do psiquiatra é revestida de amplitude, significado e complexidade que a diferenciam dos demais ramos da Medicina. Claro está que atos e procedimentos de outras especialidades têm reflexos na esfera social dos pacientes. Questões relativas à reprodução assistida e interrupção da gravidez, término da vida, transplantes de órgãos, pesquisa com células tronco, clonagem de seres humanos e diversas outras também não dizem respeito unicamente aos médicos envolvidos. No entanto, pelo papel reservado

à Psiquiatria como virtual fiadora da racionalidade individual, a precisa demarcação das fronteiras do seu campo de forças é um problema cada vez mais premente, dado o grau de desenvolvimento do processo de civilização que atingimos.

Uma reação ao que pode ser interpretado como poder excessivo da atividade do psiquiatra parecer ser o fundamento das críticas de que ela é objeto por parte de algumas disciplinas das ciências humanas, a começar por setores da Psicologia. Essa reação está na base das crescentes pressões para o estabelecimento de mecanismos de controle social sobre a Psiquiatria. Esse livro traz exemplos dessas pressões. Algumas são indiretas e outros mais explícitas. O capítulo que analisa o parecer do Cremesp sobre o projeto de lei que proíbe a realização de psicocirurgia no estado de São Paulo é um exemplo das do segundo tipo. O que comenta o cartaz do Conselho Federal de Psicologia com censuras grosseiras à utilização da eletroconvulsoterapia ilustra as pressões indiretas.

Até o presente, o resultado mais bem sucedido dessas pressões é a lei federal Nº. 10.216, de 2001. Esse instrumento tem objetivos amplos, pois: (1) "dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais" e (2) "redireciona o modelo assistencial em saúde mental". Um aspecto dessa legislação é abordado em detalhes no capítulo sobre as internações psiquiátricas involuntárias. Essa lei, juntamente com a Portaria do Ministério da Saúde nº. 2391, de 2002, faz da Psiquiatria, ao menos no Brasil, a única especialidade médica a ter a hospitalização de seus pacientes definida e regulamentada por normas específicas. Note-se que não são instrumentos que regulam um ato médico particular, mas um procedimento de ordem geral, como a internação. E não apenas o disciplina, como também estabelece o controle externo das internações involuntárias, pois prevê a obrigação, entre outras, da sua comunicação e justificação ao Ministério Público.

Para se delinear um quadro mais preciso das complexidades envolvidas no exercício da especialidade, é preciso destacar que o receio do poder do psiquiatra subsiste em concomitância com uma certa expectativa social de acréscimo desse poder. Por paradoxal que possa

parecer, não são raras as situações em que a pressão do controle externo não é exercida no sentido da imposição de limites, mas, ao contrário, na do seu aumento. O capítulo que trata do sigilo médico em caso de paciente pedófilo retrata uma delas. Nas circunstâncias da pedofilia, a ampliação pretendida se manifesta através da proposição da incorporação de obrigações legais que vão além daquelas que o psiquiatra está habituado a assumir.

Essa aparente contradição entre pressões por uma redução e por um acréscimo do poder da Psiquiatria pode ser explicada por uma outra característica da especialidade: a estreita relação que ela mantém com a função de controle social. Agora não mais como objeto, mas como agente desse controle. Referimo-nos ao controle social exercido pelas diversas instituições que organizam a sociedade e que é imprescindível para a vida em comunidade. É evidente que conceitualmente a clínica psiquiátrica é pensada independentemente de qualquer vinculação com a função de controle social institucionalizado. No entanto, no cotidiano do psiquiatra, ela está presente, ainda que de modo implícito ou subliminar, e pode ser identificada.

É o que podemos observar, por exemplo, no capítulo que trata do suicídio. Nele notamos a preocupação do seu autor em propor comportamentos que, se consumado o suicídio, reduziriam os riscos de atribuição de culpa em um eventual questionamento judicial sobre a competência do médico em impedir a sua ocorrência. Ou seja, da competência em desempenhar a função de controle social de impulsos auto-agressivos.

Assistimos hoje a um intenso debate sobre a implantação no Brasil do novo modelo de assistência pública à saúde mental. Um aspecto desse debate é abordado no capítulo que trata da desinstitucionalização. Em linhas gerais, duas perspectivas que se supõem excludentes predominam nas discussões. A primeira enfoca a Psiquiatria quase exclusivamente com relação às repercussões na vida civil do indivíduo, e a identifica prioritariamente como instituição de controle social. Essa perspectiva obscurece a sua dimensão iátrica e pretende considerar como discutível todo o conhecimento acumulado ao longo da sua história.

Conhecimento que sintetiza o que, na atualidade, nos é dado saber sobre os complexos problemas envolvidos na identificação, etiologia e terapêutica daquilo que, conforme a orientação teórica do profissional, se chama doença, enfermidade ou distúrbio mental. Conhecimento que é, conforme exposto no capítulo sobre os Contornos da Psiquiatria, ele próprio conscientemente crítico de suas limitações e deficiências, mas que permite beneficiar um grande número de pessoas.

A segunda perspectiva privilegia quase exclusivamente a faceta iátrica da especialidade e parece não ponderar, com suficiente razoabilidade, as repercussões sociais inerentes ao exercício da psiquiatria (em maior ou menor grau, mas quase nunca inexistentes) e nem a sua legítima função institucional de controle social. Como resultado, temos uma compreensão da atividade do psiquiatra assemelhada a de um hipotético 'neurologista das funções superiores'. O que parece ser uma posição insustentável diante de argumentos advindos de uma bem fundamentada crítica de determinados pressupostos que assimilam a psiquiatria à neurologia. Essa postura, ademais, tem levado o seu proponente a reagir, quando confrontado com um discurso que ignora a faceta iátrica, como se estivesse ameaçado em sua identidade profissional. O que não se justificaria se tivermos em mente a dicotomia apresentada.

Uma possível saída para esse impasse poderia advir de uma reflexão crítica sobre as especificidades da atividade psiquiátrica. Uma reflexão que permitisse uma bem elaborada diferenciação conceitual entre a clínica psiquiátrica, as suas conseqüências na vida civil e seu emprego como instrumento de controle social institucional. Uma distinção que, em última análise, permitisse explicitar melhor a dialética das complexas e intrincadas correlações, aporias e conflitos entre as dimensões iátrica e não-iátrica da psiquiatria. Relações que talvez sejam indissociáveis, como as duas faces de uma mesma moeda, mas que com certeza não são estanques. Elas se configuram de acordo com a direção apontada pelo espírito do tempo, cabendo a nós a tarefa de decifrá-las.

É justamente o que essa obra pretende ser: uma contribuição para a compreensão e integração de distintas facetas da prática da

Psiquiatria. Uma colaboração, com base nos parâmetros da ciência da conduta, isto é, da ética, no sentido de tentar entender e equacionar as inúmeras discordâncias que permeiam o complicado momento que a especialidade atravessa.

Esse livro é o resultado do trabalho dos 14 psiquiatras que compõem a Câmara Técnica de Saúde Mental do Cremesp, acrescido de seis colaboradores. Na atual gestão do Conselho Regional de Medicina de São Paulo, a Câmara se reúne mensalmente desde dezembro de 2003. Ela é formada por médicos e médicas com diferentes campos de atuação predominante — professores universitários em sua maioria, psicanalistas, clínicos — que têm o propósito e a competência para se fazer ouvir no debate dos principais temas que envolvem a psiquiatria brasileira na atualidade. Um grupo ao qual, pela circunstância de estarmos conselheiro, temos a satisfação e o privilégio de coordenar.

Embora as idéias éticas possam ser pensadas como inatas, esse livro nos ensina que a ética se aprende e se desenvolve com as experiências particulares com que somos confrontados. Esse trabalho espelha a experiência e o desenvolvimento de seus autores.

Essa introdução não ficaria completa sem três breves menções. A primeira é uma palavra de lembrança dedicada ao Professor de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina Ladislau Ruy Ungar Glauzius, desaparecido precocemente em outubro de 2005. Enquanto componente da Câmara Técnica, ele foi um vibrante colaborador e um ardoroso polemista. O já mencionado capítulo sobre o cartaz da eletroconvulsoterapia é uma homenagem à sua memória. Ao estilo de dignidade, companheirismo e bondade que ele representou.

A segunda é ao de sentimento de pesar, de gosto amargo, que atinge a todos nós, mas principalmente à família do companheiro Renato Del Sant, pelo que aconteceu com a sua filha Carlota. Estudante de medicina, ela foi vitimada gravemente pela violência social urbana que diariamente nos assombra. Seu destino encontrava-se ainda indefinido

quando esse livro foi editado. Junto com a expressão de profunda solidariedade e de esperança pela sua recuperação, formulamos um voto de que a sociedade brasileira encontre recursos cívicos, políticos e econômicos para superar o crônico e deplorável estado de necessidade em que subsiste.

Por último um agradecimento à diretoria do Cremesp e a todo o corpo de conselheiros. Sem a indispensável confiança e o apoio proporcionados à Câmara Técnica de Saúde Mental esse livro não existiria.

Os contornos da Psiquiatria e seus desdobramentos éticos

Mauro Aranha de Lima

> O contorno dos objetos (...) concebido como uma linha que os delimita, não pertence ao mundo visível, mas à geometria (...). Não marcar nenhum contorno seria tirar a identidade dos objetos. Marcar apenas um seria sacrificar a profundidade, isto é, a dimensão que nos dá a coisa, não estirada diante de nós, mas repleta de reservas, realidade inesgotável. (**Maurice Merleau-Ponty**[1])

Desde Aristóteles (século IV a.C.), define-se a Medicina, tal como a Ética, como ciências poiéticas ou práticas, ou seja, aquelas que, diferentemente das ciências ditas teoréticas, não concernem a realidades necessárias e eternas, caso destas últimas, mas que dizem respeito às ações humanas. De tal modo que cabe ao médico, assim como àquele que se propõe a responder à Ética, uma deliberação que será tão mais prudente (*phrónesis*) quanto o seja em dois registros: o da generalidade, em que se insere o conjunto dos casos semelhantes, e o da particularidade, unívoca e concernente a cada caso.[2]

Assim é com a Psiquiatria, em especial. Pertencesse integralmente a prática psiquiátrica a uma ciência teorética, em que a partir de premissas ou princípios universais pudéssemos derivar, mediante o raciocínio silogístico, condutas necessariamente únicas e invariáveis, não estaríamos aqui refletindo sobre o presente tema. A Psiquiatria, se, por um lado, há de respeitar, mediante experimentação e tratamento

estatístico, algumas generalidades teóricas e consensuais, tendo por objeto universal e invariável a concepção de mente humana, por outro, vê-se, caso a caso, submetida à multiplicidade e contingências que caracterizam a singularidade de cada uma dessas mentes em particular. E, aí, começam as nossas dificuldades.

Já de início, ao começar a ouvir o que um paciente narra sobre si, as circunstâncias que o envolvem, a sua forma de sentir, pensar, agir; as (des)razões, suas e dos seus, a forma como interpreta seu passado e prospecta o seu devir... aí já (ao mesmo tempo em que o escutamos) encontramos o primeiro obstáculo: tudo ouvir, livremente aberto ao seu discurso (e atitudes), e ao nosso próprio fluxo interior de espontâneas e imparciais significações do que lhe foi de fato e subjetivamente vivido, e, concomitantemente, organizar (e continuar ouvindo-o), em operação de cuidadosa síntese, as idéias, imagens e os juízos que nos emergem à consciência, traduzi-los em conceitos, cuidando, reflexivamente, para que a eles não se agreguem as nossas próprias intenções e (pré)conceitos (e continuar ouvindo-o), ou que estes, embalde recusar a todos, não prosperem, se contraditórios ante um todo que nos fica, e como o experimenta o próprio paciente, de tal forma que o todo esboçado, finalmente, em pensamento seja a imagem especular de como o experimenta o próprio paciente (porque ainda se há de continuar a ouvi-lo). Totalidade, uma só, agora partilhada por dois sujeitos: o que padece e o que tem, por tarefa implícita, cuidar desse padecimento, que, afinal, aquele lhe confiou.

Ademais, o exercício cotidiano da prática psiquiátrica tacitamente nos coloca em face de um sem número de objetos imprecisos, os fenômenos psicopatológicos. Isto se deve a vários motivos:

1. São eles engendrados por uma complexidade própria à sua natureza multifatorial, e mediante mecanismos quase insondáveis, paradigmáticos do modelo "caixa-preta", em que nos cabe apenas esboçar as estruturas predisponentes, e/ou eventos desencadeantes (e, ainda mais, excluídas as variáveis ocultas atuantes) e o que resulta da interação suposta destes fatores, sob a forma expressiva de sinais e/ou sintomas da mente;

2. Pela configuração multiforme dos sinais e sintomas, dado a variabilidade constitutiva e expressiva de cada existência humana singular, de maneira que patoplastias diferentes podem significar etiopatogenias similares;

3. Pela grande equivocidade conceitual do corpo teórico acumulado na história da psicopatologia, em que os mesmos significantes não refletem necessariamente o mesmo significado (p. ex., a agorafobia de Jaspers,[3] mais restrita à etimologia da palavra, e a agorafobia do CID-X[4], de significação mais abrangente), ou ainda, significados semelhantes, ou parcialmente superponíveis, podem ser expressos por significantes distintos (p. ex., o automatismo mental de Clérambault[5] e alguns dos sintomas de 1ª ordem da esquizofrenia de K. Schneider[6]);

4. E, ainda mais, por serem as manifestações da mente destituídas de materialidade mais claramente tangível e mensurável.

O mesmo não ocorre nas ciências formais, como a Lógica e a Matemática: nestas, a partir de princípios ou elementos indemonstráveis, porém evidentes em si mesmos e inquestionáveis em meio à respectiva comunidade científica que deles se serve, atingem-se desdobramentos necessariamente válidos, posto que derivados de maneira rigorosamente demonstrativa; também não ocorre nas ciências físicas, ou ciências da natureza, empírico-formais, como a Química ou a Física, visto que estas são dotadas da possibilidade de modelos conceituais estáveis, que, se não refletem as coisas materiais de que falam no que estas rigorosamente são em si mesmas, compartilham, porém, significados homogêneos para a sua respectiva comunidade científica, posto que estes são materializáveis e matematizáveis, acabando por se legitimarem mediante a possibilidade de teste experimental comprobatório das teorias explanatórias que os fundamentam e, ainda mais, mediante a robustez de seu valor heurístico, em desdobramentos subseqüentes, também testáveis, previsíveis, universais, reprodutíveis e não contraditórios ao corpo teórico-científico a eles previamente acumulado e referendado.

Tudo isso nos faz concluir pela grande imprecisão teórica da Psiquiatria, que não ocorre nem mesmo nas ciências ditas hermenêuticas,

ou ciências do espírito, como a Antropologia ou a Economia. Estas, ainda que não tenham homogeneidade conceitual em seus objetos, (e cujas premissas decorrem eventualmente de vieses historicistas, alguns deles ideológicos, ou não compartilhados pelo todo de seus pesquisadores), são, ao menos, disciplinas científicas que têm, em si mesmas, por fenômenos ou objetos, o mesmo campo ou dimensão epistemológica.

Ou seja: na Antropologia, estuda-se o campo das produções humanas (objetiváveis) em uma dada seqüência temporal, seja como realidade designativa da espécie (sua realidade aproximadamente constitucional), seja como populações restritas e contingenciadas à sua exclusiva dimensão cultural (aí, então, como seres situados em sua existência concreta e factual). E, ainda que estes objetos de estudo sejam fenômenos não-físicos, podemos delineá-los em sua realidade conceitual, e até mesmo quantificá-los, e, após, submetê-los ao método experimental, dotar-lhes, portanto, do estatuto de cientificidade, assim como o vimos nas ciências naturais.

Mais técnica do que teórica

Diferentemente, como vimos, ocorre na Psiquiatria. Esta, já de início, não tem o estatuto de Ciência. É uma disciplina mais técnica do que teórica, em sua acepção aristotélica, que tem por objeto os fenômenos psicopatológicos da mente humana e, por objetivo, o alívio do sofrimento psíquico deles decorrente. Ora, se se encontra já uma inescapável problematicidade em definir o que seja patológico no comportamento humano, discussão que por ora não convém ao tema aqui proposto, o fenômeno psicopatológico, como visto pela Psiquiatria, é atravessado vertical e longitudinalmente, em sua gênese (patogenia) e expressão (patoplastia), por campos epistêmicos diversos, quais sejam: o neuroanatômico; o neuroquímico; o neurofisiológico; o genético; o histórico ambiental e vivencial; o psicodinâmico; o campo das relações sociais dialógicas e intra ou intergrupais; o campo cultural em cortes transversal ou trans-histórico longitudinal; o ambiental, em sua dimensão físico-química; o campo longitudinal da evolução da

mente humana em sua dimensão espécie-específica (segundo o paradigma darwiniano); e até mesmo enquanto desenvolvimento do indivíduo humano em seu próprio ciclo vital, seja enquanto projetado em sua personalidade-tipo, ou em sua estrita singularidade.[7]

Posto assim, pode-se dizer que a psiquiatria se utiliza de várias disciplinas científicas, mas não é uma Ciência, no sentido estrito. E propõe-se a um discurso que tenha as seguintes propriedades: validade interna, ou seja, validade lógica entre seus elementos discursivos constituintes; unicidade ou reprodutibilidade consensual, já de difícil fatura em uma comunidade tão culturalmente heterogênea quanto a comunidade humana; e com validade externa, isto é, corresponda de fato à realidade que representa e, ainda mais, acerca de um objeto de limites por vezes obscuros, qual seja, o fenômeno psicopatológico, haja vista, à guisa de exemplo, a dificuldade que temos de distinguir configurações psíquicas assemelhadas em sua expressão, porém distintas em sua natureza, como o luto normal e o patológico, a angústia existencial e a depressão, euforias contextualizadas e hipomania; e até mesmo a dificuldade de nomear, descrever e definir configurações mais sutis da vida afetiva, tais como o tédio, a melancolia, o vazio, o êxtase, o sofrimento moral, o humor delirante, etc.

Somos assim remetidos, como psiquiatras, a um campo nevoento em que nos cabe a identificação do sinal/sintoma psíquico em várias dimensões ou etapas: 1. a captação de sua presença; 2. a sua nomeação; 3. o delineamento distintivo entre si, quando forem múltiplos; 4. a atribuição de morbidez (conforme o critério fenomenológico da incompreensibilidade, de Jaspers,[8] ou o da perda de liberdade, de Henry Ey,[9] ou o inspirado no critério de Canguilhem,[10] tributário de Cannon, da perda da capacidade homeostática do psiquismo em reequilibrar-se, ou ainda o critério pragmatista do comprometimento funcional da vida pessoal, social e/ou ocupacional do CID[11] e DSM[12]); e, após isso, de sua agregação em unidades nosológicas síndrômicas ou dimensionais, também passíveis de nomeação, ou em blocos nosológicos categoriais, também a serem nomeados, o que, seja sob a

égide de "transtorno" ou de "doença", nos parece ser tarefa artificiosa e problemática, haja vista as constantes e ineficazes revisões dos instrumentos ou sistemas diagnósticos disponíveis, ou ainda, enquanto vigentes, o grande número de co-morbidades ou de espectros diagnósticos, multiabrangentes e superinclusivos (como, ontem, o aventado espectro obsessivo-compulsivo, e, hoje, o espectro bipolar), a maquiar, possivelmente qualquer um destes, a verdade evidente: seja onde haja profusão de múltiplos modelos não consensuais da realidade, ou onde haja exigüidade de modelos, e, estes, muito heterogêneos em si mesmos, é preciso, pois, pensar que eles, de fato, são apenas nomes e não a coisa que nomeiam. E não se utilize, além disso, o argumento que pretende confirmar um diagnóstico pela resposta terapêutica daquela configuração clínica a um dado fármaco, haja vista que, na Psiquiatria, cada uma das medicações nela utilizadas têm farmacodinâmica ainda abstrusa e polivalente.

Decisão fundamentada

Cumpridas as etapas (ou obstáculos) acima, espera-se do psiquiatra a decisão fundamentada da intervenção terapêutica resolutiva ou paliativa, ou mesmo a de não-intervenção, quer seja sob a anuência da pessoa que o procura (tornada, então, paciente), ou sem a anuência desta, quando se fizer inevitável uma intervenção involuntária ou compulsória, e cujos determinantes e procedimentos são estudados no capítulo que aborda a questão da internação involuntária em Psiquiatria. Estará então o psiquiatra submetido a um campo limítrofe e fortemente gravitacional, entre forças dinâmicas e alternantes, e portanto de resultante sempre variável, de ao menos três pólos, ou categorias de sofrimento psíquico, de contorno mais nítido, consagrado e oportuno na língua inglesa:

1. *Disease* ("doença", como unidade nosológica estrita e estável, com etiopatogênese definida e invariável) ou *disorder* ("transtorno", como a expressão de algo ou de fatores diversos que acometem o indivíduo), implicados aqui, em ambas designações, a natureza anatômica e/ou fisiológica do evento psicopatológico;

2. *Illness* (com o sentido de padecimento ou indisposição) aqui implicado o sentimento subjetivo (ou vivência) da pessoa acometida pela "doença" ou "transtorno";

3. *Sickness* (no sentido de comprometimento) referindo-se à forma deficitária com que o sintoma repercute na pessoa acometida, ou em seu respectivo entorno social.[13, 14]

Para verificarmos a validade dessas distinções, basta dizer que muitas vezes incorremos no erro da atenção exclusiva voltada à "doença" ou ao "transtorno" (com tratamentos, experimentais ou consagrados, por vezes arriscados, potencialmente iatrogênicos, ainda que com o consentimento livre e esclarecido do próprio paciente), deixando de contemplar ao que mais interessa a esse: o sofrimento psíquico, que poderia estar satisfatoriamente resolvido, ainda que a "doença" ou "transtorno" não estivessem completamente debelados; do mesmo modo que não seria correto considerar apenas o sofrimento do paciente, pois se não visarmos à eliminação, ou neutralização, do curso natural da "doença" ou "transtorno", estaremos condenando-o a manter a evolução mórbida intermitente, ou contínua, que resulta, por seu turno, muitas vezes em deterioração progressiva e permanente (processual) das funções psíquicas do paciente, a cada recorrência de surtos, ou mesmo crises e fases.

Vale dizer: é necessário superpor essas três dimensões semânticas (disease/illness/sickness), a cada paciente, para apreender a figura aproximada, pois nem sempre estável, que o representa (como num caleidoscópio de grande fecundidade imagética) e disso derivar o que emerge como tratamento ou conduta, especialíssimos caso a caso.

Assim, até aqui, o que vimos é que as imprecisões epistemológicas da Psiquiatria (a começar dos elementos ou princípios básicos a inaugurar uma suposta razão lógico-discursiva em Psicopatologia) geram diversidade e eventual contradição dos modelos interpretativos dos blocos sintomatológicos (sejam síndromes, ou dimensões), ao que se segue, por vezes, uma heterogeneidade não conciliável das propostas de tratamento ou intervenção. O que nos traz à lembrança duas

asserções fundamentais de Aristóteles: 1. (a propósito da construção do conhecimento dialético): "(...) enquanto não ficar bem claro em quantos sentidos se usa um termo, pode acontecer que o que responde e o que interroga não tenham suas mentes dirigidas para a mesma coisa"[15]; 2. (a propósito da construção da ciência da natureza): "(...) por pouco que se desvie da verdade [no começo], esse desvio se fará muitíssimo maior à medida que se avança"[16].

Decorre disso, para se minimizar as possibilidades de erro no raciocínio clínico: 1. a coerência interna e firmeza dos conceitos, continuamente atualizados, que o psiquiatra tem acerca da matéria sob sua análise; 2. a oportuna figura da 2ª opinião, ou das discussões clínicas de caso, zelando-se, inicialmente, pela calibragem recíproca dos conceitos a serem utilizados entre os participantes; 3. e da possibilidade mesmo de contar com o discernimento, bom senso e interesse maior do próprio paciente (ou do responsável, na incapacidade deliberativa daquele), selando-se, por fim, uma posição consensual, seguida, ou não, do consentimento livre e esclarecido (recomendável, quando se tratar de desdobramentos terapêuticos experimentais, de grande risco, ou não consagrados).

Outro aspecto a se pensar, para a condução zelosa dos casos clínicos, são os limites e fronteiras da Psiquiatria com outras disciplinas (a Psicologia, a Neurologia, e outras), para cujo domínio devemos estar alertas e respeitosos, evitando invadi-los, tarefa nem sempre fácil, o que decorre, afinal, das próprias imprecisões de demarcação epistemológica da Psiquiatria. O que vale dizer, por decorrência, da necessidade de termos algum conhecimento extrínseco à nossa própria área, diríamos, um conhecimento de fronteiras, para detectar a existência, não raro comuns, de configurações diagnósticas que estão mais no campo de outras disciplinas do que propriamente na nossa. E, disso, ser necessário, também, sabermos trabalhar de forma interdisciplinar. À guisa de exemplo: a concomitância de transtornos definidos e elencados nos sistemas DSM e CID com configurações neuróticas clássicas da tradição psicanalítica.

Ainda não sabemos, de forma consensual e com a devida e necessária precisão, o significado da palavra "angústia", uma espécie de princípio básico, atômico, do edifício conceitual da Psicopatologia. E, a um só tempo, não podemos, por responsabilidade e compaixão, nos furtar de indicar, para casos refratários aos tratamentos convencionais, procedimentos tão controversos quanto a eletroconvulsoterapia (ainda que hoje humanizada, refinada, e particularizada para transtornos mentais bem definidos), assim como de procedimentos incertos, como a estimulação magnética transcraniana ou as psicocirurgias mais pontuais com raios gama.

Para que serve um psiquiatra?

Estamos no alvorecer do século XXI, e mal sabemos para que serve exatamente um psiquiatra. Por isso, proponho um fio condutor que nos direcione para os meios e os fins de nossa especialidade, frente aquele que padece de um transtorno mental:

1. Não só tratar, mas também cuidar, vale dizer, tratar do transtorno mental e cuidar do sofrimento daquele que o tem, o paciente, seja em face dos meios utilizados, ou em face dos fins a que se aspira;

2. Ter por finalidade a concretização do bem maior (princípio da beneficência), qual seja, aquele que, afinal, melhor represente o resultado de nossa intervenção, ou da não-intervenção, uma ou outra aplicadas no momento mais propício (o *kairos* da Antiguidade grega), desde que se inclua, a fundamentar esse bem maior, o respeito à autonomia do paciente, a quem cabe decidir pelo que lhe parece o melhor ou pelo que melhor lhe convém, mediante a sua consideração e deliberação lúcidas a partir dos esclarecimentos que lhes fornecemos com suficiente isenção;

3. Manter-se zeloso e sereno, continuamente sob o signo da dúvida metódica, de inspiração cartesiana, tão enganosos são, afinal, os nossos sentidos. E cotejar, passo a passo, o conceito e a coisa conceituada;

4. Sob o imperativo categórico do hipocrático *primun non nocere* (o princípio da não-maleficência), resgatar, ou manter, a qualidade

inata do potencial humano, como recomenda Sgreccia,[17] preservação em tudo paradigmática do heideggeriano ser de abertura e expansão, no fluxo do tempo, o que implica, entre outros, tratar o paciente sem estreitar-lhe o espaço interior de seu imaginário, e o de sua dimensão afetivo-conativa, aristotélica instância de potência-ato, em contínuo movimento;

5. Sob o princípio da precaução, segundo Kopelman e cols.[18], sopesar o suposto benefício/malefício de novas tecnologias ou recursos terapêuticos de validade ou segurança ainda não comprovados;

6. Por fim, preservar a mente até mesmo de um tentador artificialismo cosmético, em tudo próprio à contemporaneidade, essa que faz pressupor um futuro, não muito longínquo, em que nos será facultada a possibilidade de ter a mente que mais nos convenha ter, a curtíssimo prazo e com propósitos restritos e fugazes, ainda que para isso nossas mentes se tornem verdadeiros oxímoros , qual seja, a "justaposição de predicados incompatíveis", segundo a conceituação de Bunge,[19] não nos sendo facultado prever, exatamente, quais e quão inusitados desdobramentos possam disso resultar, a corromperem o equilíbrio e a integridade desse todo, por ora ainda constituído, e a que sempre se convencionou chamar, afinal , de natureza humana.

Referências bibliográficas

1. Merleau-Ponty M. A dúvida de Cézanne. São Paulo: Abril Cultural; 1975. p. 307. (Coleção Os pensadores; v. XLI).
2. Aristóteles. Ética a Nicômaco. São Paulo: Abril Cultural; 1973. p. 339-353. (Coleção Os pensadores; v. IV)
3. Jaspers K. General Psychopathology. Baltimore: The John Hopkins University Press; 1997. v. 1, p. 136.
4. Organização Mundial de Saúde. CID-10. Porto Alegre: Artmed; 1993. p. 133-134.
5. Clérambault GG. Psychoses à base d'automatisme. In: POSTEL J. La Psychiatrie. Paris: Larousse; 1994. p. 509-520.
6. Schneider K. Psicopatologia Clínica. São Paulo: Editora Mestre Jou; 1968. p. 155-198.
7. Lambert K, Kinsley CH. Neurociência clínica – as bases neurobiológicas da saúde mental. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 33-57.
8. Cf. Jaspers, op. cit, p.27-31.
9. EY H. La conscience. Condé-Sur-L'Escaut: Éd. Désclée de Brouwer; 1983. p. 259-264.
10. Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 1982. p. 231-248.
11. Organização Mundial da Saúde, op. cit., p. 5.
12. American Psychiatric Association. DSM-I,V-TR. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 27-28.
13. Hegenberg L. Doença: um estudo filosófico. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. p. 87-102.
14. Hodmann B. On the triad disease, illness and sickness. The Journal of Medicine and Philosophy 2002; 27(6): 651-673.
15. Aristóteles. Tópicos. São Paulo: Abril Cultural; 1973. p. I, 18, 108-120. (Coleção Os pensadores; v. IV).
16. Aristóteles. Acerca del Cielo. Madrid: Editorial Gredos; 1996. p. I, 5, 271b, 5-10.
17. Sgreccia E. Manual de Bioética. São Paulo: Edições Loyola; 1997. v. II, p. 62-70.
18. Kopelman LM, Resnick D, Weed DL. What is the role of the precautionary principle in the Philosophy of Medicine and Bioethics? The Journal of Medicine and Philosophy 2004; 29(3): 255-258.
19. Bunge M. Dicionário de Filosofia. São Paulo: Editora Perspectiva; 2002. p. 271.

Ética, pesquisa e ensino em Psiquiatria

Florence Kerr-Corrêa
Pilar Lecussán Gutierrez

A possibilidade de manipulação científica dos processos biológicos torna cada vez mais difícil manter o equilíbrio entre progresso técnico e nível de responsabilidade pessoal, entre processos biomédicos e direitos humanos[1]. Há uma paradoxal distância entre as conquistas pró-vida e a realidade da miséria, dos recursos flagrantemente maldistribuídos, especialmente no caso de países em desenvolvimento como o nosso. Aqui se vive o que se denomina transição epidemiológica[2]. Nos países desenvolvidos, observa-se uma diminuição das doenças infecciosas e parasitárias e um aumento das doenças crônico-degenerativas e acidentes, entre outros, devido às melhorias das condições sócio-econômicas daqueles países.

No Brasil, no entanto, há um contexto de extrema complexidade e de importante desigualdade social. Aqui se vive uma situação paradoxal, na qual os indicadores econômicos – 11ª economia do mundo em 2005 – são incompatíveis com os indicadores sociais. Em sua totalidade, as diversas regiões brasileiras estão apresentando melhoras, mas em níveis, taxas e velocidade drasticamente diferentes. Assim, a qualidade da água, disponibilidade de esgoto, acesso ao sistema público de saúde e à educação fundamental, o acesso à cultura e a um emprego com salário digno ocorrem em níveis regionais completamente diversos.

Em relação às ciências médicas, a ética deve ser diferenciada do conceito de moral. Os valores morais são eleitos pela sociedade conforme seus usos e costumes, resultando em normas para ordenar o conjunto de direitos e deveres. A direção, portanto, é de fora para dentro. Por outro lado, a ética implica em reflexão crítica e liberdade de escolha. É um processo ativo de opção entre valores em conflito, que depende da personalidade, das vivências, das crenças e dos valores morais do indivíduo. É um processo que se dá, portanto, de dentro para fora, que gera angústia, mas uma angústia potencialmente mobilizadora. A ética diz respeito ao modo como alguém pensa e discute problemas e escolhas morais[3]. Assim, o caráter ético de uma decisão possivelmente não é definido pela decisão em si, mas pelo processo de alcançá-la[4].

Cohen e Segre[5] fizeram uma analogia interessante entre a moral e o superego: valores sociais impostos, não questionáveis, cuja desobediência é passível de castigo. Por sua vez, a ética corresponderia à função egóica, envolvendo como pré-requisitos: a consciência dos conflitos, a autonomia para se posicionar ponderando entre razão e emoção e a coerência. Dependeria de maturidade emocional, capacidade de lidar com emoções conflitantes e de suportar frustrações e limitações. Assim, a eticidade seria a condição do ser humano de poder vir a ser ético. A pessoa não nasce ética, mas torna-se ética com o seu desenvolvimento global. O princípio ético fundamental passa pelo respeito ao ser humano como sujeito atuante e autônomo. Conflitos de valores estão sempre em jogo, e a reflexão ética relaciona-se com a formação da cidadania. É um processo difícil, penoso, complicado e nunca completo, havendo sempre a possibilidade de evolução[5].

Os avanços tecnológicos na área médica são frutos principalmente de pesquisas científicas e sua metodologia, princípios e resultados devem ser profundamente discutidos, principalmente em seus aspectos legais e éticos. Tendo em vista esses avanços, no término da II Guerra Mundial, foi elaborado, em 1947, o Código de Nuremberg, primeira declaração sobre experimentos com humanos, em que o con-

sentimento do sujeito é uma condição essencial. Já em 1964, a Declaração de Helsinque, elaborada pela Associação Médica Mundial, estabeleceu os princípios básicos da pesquisa clínica, com modificações posteriores que passaram a normatizar, cada vez mais, aspectos como consentimento livre e esclarecido e pesquisa biomédica, entre outros[6,7].

A Declaração de Madrid, "Ética e Psiquiatria", da Associação Mundial de Psiquiatria, em 1996, menciona[8]:

"A conduta ética baseia-se no sentido individual do psiquiatra de responsabilidade diante do paciente e de seu julgamento em determinar qual deve ser a conduta correta e apropriada. (...) É considerado um dever elaborar guias específicas para a orientação ética dos psiquiatras, mas o julgamento dos valores éticos é atribuído a cada um dos praticantes desta 'disciplina' médica".

E ainda: "É dever dos psiquiatras manter em marcha os desenvolvimentos científicos de sua especialidade e apontar, para os outros, os conhecimentos ultrapassados. Psiquiatras treinados em pesquisa devem procurar ampliar as fronteiras científicas da psiquiatria"[8].

A criação dos Comitês de Ética em Pesquisa e da Conep

No Brasil, o Conselho Nacional de Saúde criou, em 1988, normas de pesquisa em saúde, que passaram por modificações e avanços desde então. Destaca-se, em 1996, a criação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), órgão independente que passou a ser obrigatório em toda instituição que realiza pesquisas, em que todos os projetos devem ser submetidos à sua apreciação. Foi criada também a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, ligada ao Ministério da Saúde (Conep/MS).

Diversas entidades publicaram normas e diretrizes para pesquisas com seres humanos, como a Organização Mundial de Saúde. Entretanto, muitas vezes esses códigos são criticados, pois suas orientações podem ser insuficientes e vagas, e como não têm força de lei são seguidos apenas pelos países que se comprometeram com suas diretrizes[7]. Apenas a criação de códigos não torna as pessoas ou as instituições

éticas, e o fato de não infringir determinado código, por temor, não significa agir eticamente[5].

Volnei Garrafa[9] mencionou a diferença entre o "não faço porque não posso" e o "não faço porque não devo". Qualquer código de ética apresenta apenas diretrizes para ajudar o profissional na tomada de decisões, uma vez que a responsabilidade sobre decisões éticas é inteiramente pessoal e intransferível[10]. A esfera ética é também muito mais ampla e profunda do que a jurídica, que rege as relações sociais e o bem comum da sociedade[11].

A discussão sobre as pesquisas e a relação com a indústria remete ainda a outro ponto crucial: o ensino da ética, particularmente nas escolas de medicina. Assim, pode-se perguntar, como Torres[6], se seria possível ensinar ou pelo menos contribuir para a formação de uma postura com preocupações éticas.

A ética é o objetivo primeiro e o mais constantemente atribuído à educação. Na Grécia a ética era profundamente ligada à cidadania e à política. Uma das características principais deste modelo era que o ensino baseava-se em modelos e em repetições, e o aprendizado de valores deveria ser respaldado pela realidade social. Posteriormente a educação separou-se da ação política e passou a ser uma ação pública assistencialista, com objetivo de manter o equilíbrio social em torno de valores como ordem, disciplina e progresso. Particularmente nas escolas públicas, a educação começou a ser vista como formação profissional. Nesse âmbito o ensino da ética torna-se defasado, uma vez que atualmente a sociedade brasileira vivencia uma profunda crise de valores e não consegue oferecer o respaldo necessário à introjeção de valores éticos[12].

Segundo Muñoz e Muñoz[13], o ensino de ética nas escolas de medicina do Brasil foi ministrado desde o final do século XIX pela disciplina de medicina legal e deontologia médica, evidenciando a ligação entre o exercício da profissão e a lei, com o objetivo de formar uma consciência ética com profundo respeito aos direitos fundamentais. Durante a década de 70 surgiu a bioética, que atualmente engloba todas as ciências da vida, da saúde e do meio ambiente,

numa perspectiva não apenas dos direitos individuais, mas também das gerações seguintes com relação à sobrevivência digna e de qualidade[1]. Além disso, pressupõe a análise interdisciplinar dos conflitos de valores, incluindo as diferentes concepções que fundamentam os valores éticos em si[14].

Os princípios básicos tanto da ética quanto da bioética são quatro, todos profundamente relacionados entre si e que devem ser equacionados[14, 15].

Princípios

1º. *Princípio da Não-maleficência*. Envolve a garantia de que possíveis danos físicos ou psicológicos serão evitados, ou seja, de que jamais se usem os conhecimentos para prejudicar. Aqui entram aspectos como a utilização de novos procedimentos e medicamentos, de placebo, de grupos-controle, o cuidado com registros e com o manuseio de prontuários, a confidencialidade das informações (incluindo, por exemplo, protocolos de pesquisa apenas numerados e sem identificação, preservação da imagem do paciente, garantia do anonimato em relatos de casos publicados, etc.).

Nos casos de pesquisa em psiquiatria, mesmo quando os danos físicos previstos sejam mínimos, as possíveis repercussões emocionais devem ser consideradas.

2º. *Princípio da Beneficência*. Envolve a maximização dos benefícios em relação aos riscos, ou seja, não basta não prejudicar, é preciso promover o bem. Aqui se inclui o dever de instituir tratamento da melhor forma possível. Surgem questionamentos, por exemplo, sobre os efeitos colaterais dos medicamentos, a utilização de um novo recurso terapêutico para certo paciente, quando outro já foi eficaz anteriormente, ou a suspensão de um medicamento eficaz ao final de um ensaio clínico de tempo limitado.

3º. *Princípio da Autonomia.* Diz respeito ao direito de livre escolha, de autodeterminação do paciente. Aqui entra a questão fundamental da obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido de participação.

Nunca é demais lembrar que a relação médico-paciente sempre envolve questões de autoridade[16]. Em psiquiatria há a óbvia peculiaridade dos indivíduos vulneráveis ou com autonomia de decisão reduzida pela doença e mesmo os totalmente incapazes, pelos quais devem responder seus representantes legais[10, 11, 17].

Evidentemente, pressupõe-se uma anuência 'de fato' do paciente e/ou de seu representante, livre de subordinação, coerção ou intimidação de qualquer tipo, e após explicação completa sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, incômodos e riscos potenciais. Observa-se, por vezes, uma tendência à trivialização deste consentimento, que passa de informado a formal ou burocrático. Lima e cols.[18] citam o exemplo de uma pesquisa com medicamentos obstétricos em que 32% dos voluntários não haviam nem entendido que estavam participando de uma pesquisa.

Dificuldades de compreensão podem ocorrer ainda em maior escala com pacientes psiquiátricos. Assim, para deliberação é indispensável informação realmente apropriada, com adequação da linguagem, ausência de coerção e real competência para decidir[18, 19]. Como as doenças mentais são as mais prováveis em afetar essa competência, não se pode negligenciar a proteção desses indivíduos vulneráveis ou incapazes, cujos direitos são ainda mais facilmente violados ou desprezados[11, 18].

4º. *Princípio da Justiça e Eqüidade*. Pressupõe a relevância social da pesquisa e sua destinação sócio-humanitária. Além disso, deve haver igual consideração dos interesses envolvidos, alocação de recursos sem qualquer tipo de discriminação e retorno igualitário dos benefícios decorrentes da pesquisa.

Na verdade, a bioética surge como uma diretriz na difícil tarefa de decidir entre ações que afetam interesses distintos[18]. Evidentemente, as pressões e dificuldades são inúmeras, desde os aspectos relacionados à carreira universitária – produtividade acadêmica, questão salarial – , às vaidades pessoais, à influência da indústria farmacêutica, além de outras questões sociais mais amplas.

A ética na faculdade de medicina

Um estudo realizado em 103 faculdades de medicina no Brasil teve como objetivo verificar o ensino de ética nas universidades[13]. Todas apresentavam esta disciplina em seu currículo, sendo em 37,7% delas como matéria independente e em 62,3% ministrada junto a outras disciplinas, principalmente medicina legal (81,5% das escolas). A disciplina tem sido ministrada em um único ano da graduação, em particular no 4º (em 27,8% das escolas) e nas restantes entre o 3º, 4º ou 5º ano. Ela estende-se por dois anos em 11% das escolas, três anos em 2,2% e em apenas 3,1% delas por todos os seis anos da graduação. A carga horária é de 45 horas em 63,4% das escolas e mais de 76 horas em 9,1%. Em 41,7% dos casos há um professor de ética; dois em 67,4% dois e em 14,6% não havia um, sendo a disciplina ministrada por outros docentes. Em relação ao ensino, os principais métodos são aulas magistrais, mesas-redondas, discussão de casos e apresentação de seminários, e a avaliação é realizada principalmente por prova escrita dissertativa (77,5%), apresentação de seminário (60,7%), prova escrita com testes (58,4%) e trabalho com tema escolhido pelo professor (56,2%).

É importante destacar ainda a diferença entre o processo natural de aquisição do senso ético, que leva à maturação, e a eficácia do ensino de ética nas universidades. Assim, estudo com 92 estudantes, avaliados quando de seu ingresso no curso e ao final do terceiro ano da graduação, mostrou que não houve mudança no senso moral e ético no período estudado, por não ter ocorrido o processo de maturação esperado[20]. Outros estudos mostraram resultados conflitantes: ocorreu uma diminuição da sensibilidade ética dos estudantes com o passar do curso de graduação (Herbert, apud Patenaude e cols.[20]); pareceu que alguns alunos mantiveram o mesmo comportamento durante o curso[21]; e trabalhos que demonstraram um aumento na sensibilidade ética[22], além de atitudes positivas diante de intervenções educacionais[23].

As questões éticas não se restringem aos casos ou situações mais raros ou difíceis, mas permeiam universalmente a prática[3], pois é através desta que se deverá transmitir um modelo de trabalho em que as

preocupações éticas estão de alguma forma inseridas em todas as atividades assistenciais e decisões práticas do dia-a-dia. Sabe-se que o alcance disso é limitado, uma vez que depende de características pessoais muito profundas. Variam a qualidade da semente e também muito a fertilidade do solo. Observou-se que se recorre aos códigos e normas formais apenas em situações em que o bom senso e as tentativas de diálogo maduro e construtivo foram infrutíferos[6].

Assim, é na rotina que os estudantes (graduandos e residentes) têm seu senso ético posto à prova. Um estudo com 128 alunos de medicina[24] mostrou que 64% deles haviam tido contato, em situações práticas de atendimento, com casos nos quais havia questões éticas envolvidas. Os temas referentes a essas questões eram relacionados ao aprendizado da medicina (36,1% na atuação sem supervisão), à prática médica (59,9% em comunicar um mau prognóstico ao paciente, em negligenciar e desrespeitar o paciente) e a questões éticas e legais (7% na relação profissional entre colegas e condições precárias de atendimento). Apenas 44,4% dos estudantes tiveram oportunidade de discutir esses conflitos e quando o fizeram contataram outro colega ou residente.

Outro estudo[25] demonstrou que 47% de 108 estudantes reportaram terem se sentido pressionados a agirem de forma não-ética. Quando perguntados se haviam presenciado um professor agindo de forma não-ética, 61% responderam afirmativamente.

O difícil ensino da ética

Ensinar ética é certamente bem mais difícil do que ensinar aspectos técnicos. O exemplo de professores na prática torna-se um importante instrumento tanto para o ensino da ética quanto de conteúdos correlatos, como competências culturais[26], e neste âmbito o currículo "extraoficial" adquire grande importância.

Segundo Lempp e Seale[27], este currículo refere-se às influências que funcionam na estrutura organizacional e cultural da escola médica, incluindo, por exemplo, regras implícitas. Essas regras podem valorizar o bom exemplo dado por professores, mas podem também se

manifestar em perda de idealismo, insensibilidade emocional, aceitação passiva da hierarquia e demonstrações de poder[27].

O contato com alunos, tanto de graduação quanto da residência, torna-se portanto uma oportunidade de aprendizado ético para todos os envolvidos, com espaço para erros e acertos. É importante o ensino dos cuidados constantes na indicação e na condução de reuniões clínicas, nas visitas de evolução, nas checagens e supervisões, nas restrições ao acesso e nos cuidados na utilização dos prontuários e do material didático, como vídeos, contando sempre com a presença de um supervisor.

As questões éticas da psiquiatria são essencialmente as mesmas das demais áreas médicas, mas com algumas peculiaridades relevantes suscitando inquietações e dúvidas, nem sempre facilmente identificáveis[28, 29, 30]. O fato de trabalhar com doenças que envolvem a perda da liberdade de escolha e que objetiva a recuperação dessa liberdade, restituindo a capacidade de autogoverno, assim promovendo o crescimento e o amadurecimento do outro, é a questão principal[11, 29].

Mas não se pode considerar, por exemplo, que liberar a agressividade contra os outros ou contra si mesmo é uma "escolha"; ou encarar o uso de substâncias de um dependente de drogas como escolha se entender-se que o doente perdeu a capacidade de controlar seus impulsos. Da mesma forma como um pensamento obsessivo não é uma "fraqueza da vontade", mas uma alteração da liberdade de dirigir a própria atividade mental. Além disso, não raramente há que se tomar decisões diante de situações específicas. Novamente, o objetivo do tratamento é tornar o paciente apto a escolher e a realizar seus objetivos, em vez de ocultá-los, sem assumir suas responsabilidades. A perda de tais condições é que gera a doença, justificando o tratamento. A meta é ajudar o paciente a recuperar sua capacidade de optar e decidir. Nesse sentido, é preciso valorizar as decisões do paciente, mas não se pode omitir a obrigação de decidir. Como reafirmam Sonnenreich e cols.[30], não é uma questão apenas de coerência mas também de ética, exigindo uma reflexão caso a caso, sem uma diretiva geral.

Acresce-se o fato de que, do ponto de vista dos resultados, a maioria, senão todos os procedimentos terapêuticos em psiquiatria apresentam controvérsias. O que é aceito por todos é que uma proporção grande de casos não é bem solucionada e que a chamada "resistência ao tratamento" é grande. A partir desses achados, pode-se concluir que é importante uma atitude de educação continuada bem como o estudo de novos procedimentos, em que o arsenal disponível não é satisfatório, enriquecendo os conhecimentos para ser capaz de escolher o que mais convém ao paciente. O conhecimento profundo do saber psiquiátrico é o primeiro dever para uma prática baseada nas evidências[30].

A mesma prioridade ética deve impelir a pesquisa clínica em direção a novas possibilidades de intervenção, corrigindo fatos aparentemente consagrados, mas insuficientes. Mezzich[31] fala do "duplo dever": competência técnica e responsabilidade humana e social. Segovia de Arana[32] apontava três princípios éticos na formulação do diagnóstico: conhecimento, habilidade e objetivo de fazer bem ao paciente. Lain-Entralgo[33] limitava-os a dois componentes: o ato técnico implicando o dever moral de saber o que está fazendo, e o de procurar promover o funcionamento humano completo.

Ensino e assistência

Os aspectos éticos em pesquisa estão estreitamente relacionados aos de ensino e assistência.

Busca-se estimular a reflexão e discussão sistemática, sempre atualizada em princípios éticos em pesquisa, a qual nunca será excessiva, pois na verdade nunca se esgota[5]. Considerando-se que pode haver muitos conflitos de interesse na prática e na investigação psiquiátrica, além da crescente demanda por transparência na metodologia usada em pesquisas, a Associação Médica Americana passou a recomendar o ensino de ética médica nos programas de residência em psiquiatria, e o comitê de ética da Associação Americana de Psiquiatria publica, desde 1979, comentários, com exemplos da prática cotidiana, dos Princípios de Ética Médica local (APA, 2001)[34].

Segundo Beresin e cols.[35], o ensino de conteúdos de ética em pesquisa e, principalmente, de temas éticos em psicofarmacologia é imprescindível para a formação de profissionais. Isso se estende mesmo para aqueles que não pretendem realizar pesquisas, pois neste período a identidade profissional e a prática ética estão em formação. Há ainda a necessidade de que os alunos, como futuros profissionais, entendam as pesquisas como base para a prática, aprendendo a interpretar criticamente seus resultados para decidir o melhor tratamento para os pacientes.

Ainda segundo esses autores, a psicofarmacologia deve ser adotada como tema-chave, pois é terreno comum para a prática médica e para a pesquisa. Além disso, a utilização de fármacos tem sido a forma mais comum de pesquisa em psiquiatria, apresentando dilemas éticos profundos envolvendo conflitos de interesse na relação com as indústrias.

Outros temas que têm fundamental importância no ensino são o mérito científico da pesquisa e seu projeto, avaliação de riscos e benefícios, seleção e consentimento informado do paciente e integridade do investigador[35]. Além disso, há o financiamento das pesquisas pela indústria e os conflitos de interesses que podem, porém, ser apenas o aspecto mais visível, mas o menos perigoso cientificamente (ver capítulo "Ética Médica e Relações com a Indústria").

Há uma dificuldade fundamental, apesar de todas as recomendações codificadas. Surgem vieses em todas as pesquisas. Os trabalhos considerados sem interesse ou aqueles desfavoráveis às instituições financiadoras das pesquisas não são publicados. A literatura pode assim ser considerada hiperotimista. As metanálises podem ser também incorretas e não resolvem as dúvidas. Várias propostas foram feitas para erradicar os desvios nas comunicações, mas seu sucesso é ainda apenas um desejo[36].

Por outro lado, a literatura sobre ética parece dedicar maior atenção às condições de realização das pesquisas psiquiátricas. No entanto, questões relativas ao financiamento, à seleção dos casos estudados, da atenção aos interesses clínicos do paciente e de seu

consentimento informado, da correção dos dados publicados ficam em um segundo plano. Com respeito a estes aspectos foi que apareceram denúncias de fraudes espantosas, como as de Board e Wade[37], Stewart e Feder[38], Stone[39], Sokal e Bricmont[40] e muitas outras. Esses episódios, naturalmente, provocaram grande comoção, não somente por acontecerem, mas também pela tolerância com a qual foram tratadas pelas instituições ou pela coletividade científica internacional.

Do ponto de vista ético a questão impõe-se à reflexão. A pressão para publicar deve ser levada em consideração. Os próprios debates éticos tornaram-se tema de publicação, portanto fonte de enriquecimento de currículo. Wadman e cols.[41] e Farmer e cols.[42] advertem contra aqueles cujo principal interesse é o próprio progresso acadêmico ou financeiro. Editorial na revista Lancet referiu-se à "indústria da ética"[43].

Por outro lado, conforme lembra Moura Fé[29], um aspecto atual que traz grandes inquietações é a vasta utilização de psicotrópicos. Há uma tendência em medicar e uma expectativa de ser medicado, até mesmo para problemas sócio-econômicos ou existenciais. Vive-se hoje uma "cultura analgésica" ou, nas palavras de Sgreccia[11], um "hedonismo psicotrópico", na tentativa de enfrentar as complexas tarefas da vida. Não são raros os abusos na área de saúde mental, quando à falta de liberdade interior se somam a perda da liberdade exterior e do direito de ser tratado com respeito e dignidade[17].

A ciência só se justifica se estiver a serviço da humanidade, e o progresso do conhecimento não pode ocorrer à revelia dos direitos humanos[29]. Mas a ciência parece caminhar bem mais depressa que o homem, e é preciso preservar o humanismo em uma sociedade dominada cada vez mais pela ciência e pela técnica. E não basta apenas a reflexão, a ação ética tem que ser simultânea. Particularmente o psiquiatra, se tiver que considerar profundamente o componente ético de cada decisão que toma, ficaria imobilizado à maneira de um obsessivo[28].

No entanto, espera-se que se crie uma cultura de respeito à dignidade humana, mesmo quando são realizados experimentos científicos. Nos dizeres de Barchifontaine[1], sacraliza-se hoje a ciência e coisifica-se a pessoa humana. Entretanto, o que determinará o futuro não é a solução de problemas técnicos, mas sim de dilemas éticos sempre presentes e renovados. A ética não paira no ar, refere-se sempre às relações reais de pessoas concretas e esse interjogo de influências é muito sutil para ser codificado[16].

O reconhecimento do papel dos outros (necessidade de respeitar neles aquelas exigências que para nós são inabdicáveis) é produto de um crescimento milenar. Ou seja, "quando o outro entra em cena nasce a ética"[44] . Ao psiquiatra cabe escolher o exercício ético de sua profissão.

Referências bibliográficas

1. Barchifontaine CP. Bioética na procriação humana: descensos e consensos no movimento social da bioética na América Latina. O mundo da saúde 1997; 21(1): 21-5.

2. Carmo EH, Barreto ML, Silva, JB. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para o novo século/Change in morbimortality patterris in the Brazilian population: challenges to the new century. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2003; 12: 63-75.

3. Michels R. Training in psychiatric ethics. In: Block S, Chodoff P, editores. Psychiatric ethics. Oxford: Oxforde University Press; 1981.

4. Debert-Ribeiro MB. Ética e epiderniologia. Bioética 1994; 2: 7-11.

5. Cohen C, Segre M. Breve discurso sobre valores, moral, eticidade e ética. Bioética 1994; 2: 19-24.

6. Torres AR. Ética na pesquisa e no ensino de psiquiatria. Temas 2000; 59: 155-63.

7. Cabral MML, Schindler HC, Abath FGC. Regulamentações, conflitos e ética da pesquisa médica em países em desenvolvimento. Rv Saúde Pública 2006; 40(3): 521-7.

8. World Psychiatric Association. Declaration of Madrid. In: 10th World Congress of Psychiatry; Madri; 1996.

9. Garrafa V. Jornal do Conselho Federal de Medicina, 2000.

10. Wing J. Ethics and psychiatric research. In: Block S, Chofoff P, editores. Psychiatric ethics. Oxford: Oxford University Press; 1981.

11. Sgreccia E. Bioética e psiquiatria In: Manual de bioética: Aspectos médico-sociais. São Paulo: Loyola; 1997. v. 2; p. 54-90.

12. Valle L. Ainda sobre a formação do cidadão: é possível ensinar a ética? Educação & Sociedade 2001; 76: 175-96.

13. Muñoz D. Muñoz DR. O ensino da ética nas faculdades de medicina do Brasil. Rev. Brasileira de Educação Médica 2003; 27(2): 114-24.

14. Anjos MF. Bioética: abrangência e dinamismo. O mundo da saúde 1997; 21(1): 4-12.

15. Lepargneur H. Acerca da bioética de Elio Sgreccia. O mundo da saúde 1997; 21(1): 13-20.

16. Cesarino AC. Ética e Psicanálise. In: Brasil. Conselho Federal de Medicina. Brasília, DF: CFM; 1993. 193-202.

17. Moura Fé IA. Doença mental e autonomia. Bioética 1998; 6: 71-9.

18. Lima LA, Lovisi GM, Morgado AR. Questões da bioética no contexto da reforma psiquiátrica. Jornal Brasileiro de Psiquiatria 1999; 48(1): 21-7.

19. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos. O mundo da saúde 1997; 21(1): 52-61.

20. Patenaude J, Niyosenga T, Fafard D. Changes in student's moral developrnent during medical school: a cohort study. JAMC 2003; 168(7): 840-4.

21. Rennie SC, Rudland JR. Differences in medical student's attitudes to acadernic misconduct and reported behavior across the year-a questiormaire study. J. Med. Ethics 2003; 29: 97-102.

22. Silva JTN, Miranda D, Marcolina JAM, Muñoz DR. Medida da sensibilidade ética em estudantes de medicina: um estudo na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Rev. Brasileira de Educação Médica 2005; 29(2): 103-9.

23. Roff S, Preece P. Helping medical students to find their moral compasses: ethics teaching for second and third year undergraduates. J. Med. Ethics 2004; 30: 487-9.

24. Taquette SR, Rego S, Schpamm FR, Soares LL, Carvalho SV. Situações eticamente conflituosas vivenciadas por estudantes de medicina. Rev. Assoc. Méd. Bras. 2005; 1: 23-8.

25. Hicks LK, Lin Y, Robertson DW, Robinson DL, Woodrow SI. Understanding the clinical dileminas that shape medical student's ethical developinent: questionnaire survey and focus group study. BMJ 2001; 322: 709-10.

26. Shapiro J, Lie D, Gutierrez D, Zhuang G. That never would have occurred to me: a qualitative study of medical students' views of a cultural competence curriculum. BMC Medical Education 2006; 6: 31.

27. Lempp H, Seale C. The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching. BMJ 2004; 329: 770-3.

28. Block S, Chodoff P, editores. Introduction. In: Psychiatric ethics. Oxford: Oxforde University Press; 1981.

29. Moura Fé IA. Conflitos éticos em Psiquiatria. In:Brasil. Conselho Federal de Medicina. Brasília, DF: CFM ; 1993. p: 179-202.

30. Sonenreich S, Estevão G, Altenfelder Silva Filho LM. Ética: códigos e questão pessoal de consciência. Temas 2000; 30(58): 107-16.

31. Mezzich JE. Ethics and comprehensive diagnosis. Psychopathology 1999; 32: 135-40.

32. Segovia De Araria JM. Ética del diagnostico medico. In: Villardeff F, editor. Ética y medicina. Madrid: Espasa Universidad; 1988.

33. Lain-Entralgo P. El diagnostico medico, Ética del diagnostico medico. In: Villardeff F, editor. Ética y medicina. Madrid: Espasa Universidad; 1988.

34. American Psychiatric Association. Opinions of the ethics cominittee on the principles of medical ethics with annotations especially applicable to. Psychiatry. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2001.

35. Beresin EV, Baldessarini RJ, Alpert J, Rosenbaum J. Teaching ethics of psycho-pharmacology research in Psychopharmacology 2003; 171: 105-11.

36. Gilbody SM, Song F. Publication bios and the integrity of psychiatric research. Psychol Med 2000; 30: 253-8.

37. Broad W, Wade N. Betrayers of the truth. New York: Simons and Schuster; 1983.

38. Stewart W, Feder N. The integrity of the scientific literature. Nature 1987; 325: 207-14.

39. Stone AA. Law, Science and psychiatric malpractice. Am J Psychiatry 1990; 147:419-27.

40. Sokal A, Bricmont J. Impostures intellectuelles. Paris: Odile Jacob; 1997.

41. Wadman M, Levitin C, Abbott A. Business booms for guides to biology's moral maze. Nature 1997; 389: 658-9.

42. Farmer EA, Owen MJ, Mcguffin P. Bioethics and genetic research in psychiatry. Br J Psychiatr 2000; 176: 105-8.

43. The Ethics industry (editorial). Lancet 1997; 350: 897.

44. Eco H. Quando o outro entra em cena nasce a ética. Reflexão 2002; 6: 8-13.

O sigilo médico em caso de paciente pedófilo e o âmbito da responsabilidade do psiquiatra

Luiz Carlos Aiex Alves

A responsabilidade do psiquiatra limita-se ao tratamento do seu paciente, ou deve estender-se também à proteção da pessoa cuja integridade está sendo comprometida ou seriamente ameaçada por uma ação do paciente, da qual ele tem conhecimento em decorrência da relação médico-paciente?

Esta delicada questão ética foi levantada, em 2003, quando o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) foi solicitado a se manifestar sobre um parecer da Comissão de Bioética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) a respeito de pacientes pedófilos. De acordo com esse parecer, o médico que durante o tratamento tiver conhecimento da prática de pedofilia por seu paciente estará obrigado, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a comunicar o fato à Vara da Infância e da Adolescência.

O parecer do Cremesp, baseado em proposta da Câmara Técnica de Saúde Mental, divergiu em parte da posição da Fmusp. Na sua interpretação do ECA, não existe o dever legal da comunicação. No entanto, fundamentado no critério da 'justa causa', o psiquiatra pode romper o sigilo profissional, após a análise de cada paciente pedófilo em particular.

O objetivo deste artigo é apresentar os argumentos que levaram o Cremesp a discordar do parecer da FMUSP. Estes argumentos

compreendem não apenas uma interpretação distinta da legislação, mas também uma concepção do sigilo médico como um símbolo dos direitos fundamentais do homem. O artigo contém uma exposição dos dois pareceres e uma síntese do julgamento do conhecido caso Tarasoff. Esse processo judicial, de 1976, inaugurou nos Estados Unidos a jurisprudência que ampliou o âmbito da responsabilidade médica, com conseqüências para o exercício da profissão como um todo. Procuraremos mostrar como essa experiência pode ajudar no entendimento dos problemas relacionados com a imposição legal da quebra do sigilo médico e da extensão do dever do psiquiatra.

Os dois Pareceres

O parecer da Comissão de Bioética foi elaborado por solicitação do Instituto de Psiquiatria da FMUSP. O Instituto desenvolvia, e ainda hoje o faz, um projeto para tratamento de transtornos sexuais, incluindo pacientes com o diagnóstico de pedofilia[1]. Para o escopo desse artigo, são de interesse duas das conclusões do Parecer[2]:

1) "Diante de um caso concreto de prática pedofílica, por dever legal, o médico e a equipe multidisciplinar, por intermédio da instituição a que pertençam, são obrigados a comunicar o fato à Vara da Infância e Juventude".

2) "Os serviços que prestam assistência médica aos portadores do diagnóstico de pedofilia devem informar a seus clientes dos dispositivos pertinentes do Estatuto da Criança e do Adolescente".

Como base para o dever legal, a Comissão de Bioética menciona o artigo 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n° 8.069, de 13/07/90)[3]. Afora a imposição por lei, o parecer também considera que a obrigação da quebra de sigilo se sustenta por um imperativo moral. Nesse sentido, afirma em seus considerandos:

"Digamos que um médico sabe que seu paciente está praticando pedofilia. Do ponto de vista ético que conduta deverá ele adotar? Seria esta uma situação em que caberia a quebra de sigilo para impedir o sofrimento de uma criança indefesa? Quer se aborde a ética pelo prisma

teleológico, ou das conseqüências, quer pelo prisma deontológico (como o sistema kantiano do imperativo categórico), ambas abordagens justificariam a quebra de sigilo".

Ao se referir à figura da 'justa causa', prevista, mas não definida, no art. 102 do Código de Ética Médica (CEM)[4], o parecer da comissão argumenta:

"Vivemos em uma sociedade em que a ética normativa condena como crime a prática pedofílica e do ponto de vista do dever legal ou justa causa a quebra de sigilo nesta circunstância não entra em conflito com o artigo 102 do CEM."

O Cremesp discordou da interpretação da Comissão do artigo 245 do ECA. Considerou que a infração administrativa constituída pela não comunicação é aplicável somente ao médico que cuida da criança ou do adolescente, não ao do paciente pedófilo. Uma leitura atenta do texto legal permite dar assentimento ao entendimento do Conselho. Diz o art. 245 do ECA:

"Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente. Pena: multa de três a vinte salários de referência."

Na medida em que a legislação coloca o médico ao lado do professor e do responsável por estabelecimento de saúde, de ensino fundamental, pré-escola ou creche, parece-nos claro que se refere ao médico que assiste à criança ou ao adolescente, não ao que cuida do pedófilo[5].

Embora afaste o dever legal da comunicação, o parecer do Conselho propõe, como assinalado, a quebra de sigilo profissional em casos individuais, com base na previsão ética e legal da 'justa causa'. Em síntese, são as seguintes as conclusões do Cremesp[6]:

1) A quebra de sigilo nos casos de paciente pedófilo não pode ser entendida como dever legal.

2) O rompimento do segredo no caso de paciente pedófilo deve ser considerado uma faculdade do médico. A autonomia do médico

deve prevalecer nesta circunstância. Pode ser admitido como justa causa em casos particulares, conforme estabelece o artigo 102 do CEM.

3) A opção pela quebra de sigilo, mediante comunicação à Vara da Infância e da Juventude, deve levar em conta as características clínicas do paciente.

A divergência entre os pareceres está, portanto, na imposição legal da notificação. A Comissão de Bioética sustenta que se trata de um dever legal e ético. O Cremesp afasta a obrigatoriedade por lei da revelação da prática de pedofilia pelo paciente. Mantém o sigilo médico, mas defende a comunicação por justa causa. Deixa a decisão a cargo do profissional que assiste o pedófilo. Admite, assim, tanto a notificação quanto a manutenção de sigilo. A Comissão defende a quebra de sigilo em todos os casos de pedofilia ativa, não aceitando a alternativa da não cientificação à autoridade judicial.

O Caso Tarasoff

Julgado duas vezes pela Suprema Corte da Califórnia, o caso Tarasoff se refere ao processo judicial contra os terapeutas de um paciente que matou uma moça que se recusava a namorar com ele. O que caracteriza esse caso é que o paciente avisou durante uma sessão de psicoterapia a sua intenção de matá-la. Apesar de alegarem a restrição do sigilo médico, os profissionais foram considerados culpados por não terem tomado providências para protegê-la. O julgamento criou jurisprudência que, nos EUA, instituiu a obrigação do psiquiatra de, em determinadas circunstâncias, quebrar o sigilo de paciente potencialmente violento. Caso não o faça e o paciente perpetre a agressão, ele pode ser responsabilizado civilmente pelo dano causado a outra pessoa ou a propriedade. Apresentamos a seguir uma sinopse do caso[7].

Prosenjit Poddar, um estudante indiano da Universidade da Califórnia, conheceu a jovem Tatiana Tarasoff no segundo semestre de 1968. Durante algum tempo eles se viram semanalmente e, numa noite, Tatiana beijou Poddar. Esse gesto levou-o a acreditar que havia um relacionamento sério entre ambos. Mas Tatiana não estava

interessada nele. Sua recusa desencadeou no moço uma grave crise emocional. Ele ficou deprimido, descuidou-se da aparência, dos estudos e da saúde. Passou a isolar-se, a permanecer muito tempo deitado e a falar de forma desordenada, chorando com freqüência.

Em meados de 1969, Tatiana saiu em viagem de férias. Após a sua partida, por sugestão de um amigo, o rapaz procurou assistência psicológica. Seu amigo acreditava que Poddar tinha se tornado patologicamente obcecado pela jovem. Ele gravara conversas com ela e passava horas ouvindo as gravações para descobrir os seus sentimentos com relação a ele.

Poddar foi inicialmente atendido por um psiquiatra. Em agosto, era paciente voluntário no ambulatório do Hospital Universitário, sob os cuidados de um psicólogo. Em sua nona sessão de psicoterapia, ele confidenciou que iria matar Tatiana quando ela retornasse das férias. O terapeuta, então, notificou os policiais do campus e escreveu uma carta ao chefe de polícia, afirmando que Poddar sofria de "reação esquizofrênica paranóide aguda e grave", e era um perigo para si e para os outros. O psiquiatra supervisor do psicoterapeuta e o diretor do Departamento de Psiquiatria concordaram com o diagnóstico e com a necessidade de sua internação.

Policiais detiveram Poddar, mas logo o libertaram, porque ele lhes pareceu racional e prometeu tentar ficar longe de Tatiana. A jovem voltou de viagem em outubro. Não se sabe se foi nessa época, ou se imediatamente após a detenção pela polícia, que Poddar interrompeu a psicoterapia. Em todo caso, em 27 de outubro de 1969, ele foi à casa de Tatiana armado com um revólver e uma faca. Ela se recusou a falar com ele. O rapaz insistiu e ela gritou. Poddar então a matou a facadas.

O estudante foi condenado por assassinato, mas apelou, alegando erros na instrução do processo. A apelação foi aceita e o caso enviado para novo julgamento. No entanto, ao invés de ser novamente julgado, mais de cinco anos após o crime, a justiça o liberou sob a condição de voltar para a Índia e não retornar mais aos EUA.

Os pais de Tatiana, por sua vez, processaram a universidade e os terapeutas que tiveram participação no atendimento de Poddar. Eles

foram derrotados em duas instâncias inferiores e apelaram para a Suprema Corte da Califórnia. Esta reformou o resultado dos julgamentos anteriores, emitindo duas decisões sobre o caso.

Na primeira, conhecida como Tarasoff I, de 1974, os terapeutas foram considerados culpados por terem falhado no dever de 'avisar' Tatiana do perigo que corria[8]. Mas a sentença suscitou reações. A Associação Psiquiátrica Americana (APA) objetou que ela teria graves efeitos adversos sobre confidencialidade psicoterapeuta-paciente, aspecto indispensável para o sucesso de qualquer terapia. Por pressão da APA, o processo foi novamente analisado, em caráter excepcional[9].

A segunda decisão, chamada de Tarasoff II, foi promulgada dois anos depois. Com base nos mesmos principais argumentos da anterior, a Suprema Corte da Califórnia não só manteve a decisão anterior, como ampliou o dever dos terapeutas. Julgou que mais que 'avisar' Tatiana, eles tinham a obrigação de ter adotado medidas capazes de 'proteger' a moça. O fato dela não ser ela a paciente não os isentava desta responsabilidade. A decisão final foi a seguinte[10]:

"Quando um terapeuta conclui — ou, em conformidade com os padrões de sua profissão, deveria concluir — que seu paciente representa um sério perigo de violência para outra pessoa, ele incorre na obrigação de tomar uma precaução razoável para proteger a pretendida vítima contra esse perigo. O cumprimento desse dever pode requerer do terapeuta a adoção de uma ou mais de várias medidas, dependendo da natureza do caso. Pode exigir dele avisar a pretendida vítima do perigo, ou a pessoas presumivelmente capazes de informá-la, comunicar à polícia, ou tomar quaisquer outras medidas que sejam razoavelmente necessárias nas circunstâncias".

Para se ter uma idéia das dificuldades envolvidas nesse julgamento, basta mencionar que, além do fato excepcional do processo ter sido analisado duas vezes, a decisão definitiva não representou a opinião unânime dos juízes. Dos sete magistrados que compunham a Suprema Corte da Califórnia, dois votaram pela manutenção da sentença das instâncias inferiores que absolveram os terapeutas. O voto divergente afirmava,

em síntese, que "imperativas" considerações políticas pesavam contra a imposição aos terapeutas de um dever de avisar a vítima potencial do perigo que corria. "Sem oferecer virtualmente nenhum benefício para a sociedade, tal dever frustra o tratamento psiquiátrico, invade direitos fundamentais do paciente e incrementa a violência[11] ".

A extensão da responsabilidade

Quando a segunda sentença do caso Tarasoff foi publicada, muitos analistas a consideraram aberrante e acharam que ela provavelmente não seria seguida por nenhum outro tribunal[12] . Eles estavam inteiramente equivocados. Influenciados por esse julgamento, inúmeras jurisdições norte-americanas adotaram decisões tipo-Tarasoff em processos envolvendo responsabilidade médica. Em muitos deles o dever avisar terceiros sobre pacientes potencialmente perigosos foi excessivamente expandido para incluir uma ampla variedade de circunstâncias e de profissionais de saúde.

Essa proliferação de ações judiciais levou a Associação Psiquiátrica Americana a elaborar, em 1987, um modelo de estatuto sobre a obrigação de adotar precauções contra pacientes violentos. O objetivo era influenciar na elaboração de leis que clarificassem e limitassem o escopo do dever legal de proteção[13] .

O modelo proposto não representava a política oficial da organização e nem implicava no endosso do dever legal de proteção. Por essa razão, adota uma abordagem diferente da questão. Admite a responsabilidade sob certas circunstâncias específicas, mas não afirma o estabelecimento de uma obrigação quando essas circunstâncias estão presentes. De acordo com o estatuto, a infração ao dever de prevenir prejuízo a pessoa ou propriedade causado por agressão de paciente ocorre quando:

a) O paciente comunica ao médico uma ameaça explícita de matar ou ferir seriamente uma vítima ou vítimas clara ou razoavelmente identificadas — ou de destruir propriedades sob circunstâncias que possam causar morte ou ferimentos pessoais graves — e o paciente tem capacidade para cumprir a ameaça;

b) O médico falha em adotar precauções razoáveis que seriam tomadas por um médico razoavelmente prudente para prevenir o mal ameaçado. As precauções incluem, mas não estão limitadas a, (i) comunicar a ameaça à vítima ou a vítimas identificadas; (ii) notificar a autoridade legal; (iii) providenciar a hospitalização voluntária ou involuntária do paciente.

c) O médico não poderá ser processado por quebra do sigilo profissional se revelar, com o propósito de reduzir o risco da concretização dos dano ameaçado, comunicações confidenciais do paciente ou que digam respeito a ele. Por 'paciente' a APA entendia toda pessoa com quem um médico estabelece uma relação médico/paciente.

Conceito de 'relação especial'

Na sentença do caso Tarasoff, o conceito que fundamenta o dever do médico de proteger uma pessoa ameaçada por seu paciente é o de 'relação especial'. Em linhas gerais, o argumento é o seguinte. Como regra, uma pessoa não tem a obrigação legal de controlar a conduta de uma outra, nem de avisar aqueles que estejam em perigo por tal conduta. No entanto, um dever de zelar pode surgir nos casos em que o sujeito se encontra em uma relação especial ou com a pessoa cuja conduta precisa ser controlada, ou com a previsível vítima dessa conduta. Essa relação especial pode (a) impor um dever de controlar a conduta de outra pessoa, ou (b) dar ao outro o direito de proteção.

Os juízes do caso Tarasoff foram influenciados por uma monografia publicada ad hoc intitulada *O Paciente ou Sua Vítima: O Dilema do Terapeuta*[14], de autoria de um professor de Direito, John G. Fleming, e um estudante de Direito, Bruce Maximov[15]. A relação especial tratada nesse trabalho é a do sujeito com controle sobre a ação do outro. A existência desse controle, na opinião dos autores, é suficiente para estabelecer uma obrigação. Por exemplo: os pais têm obrigação de controlar os filhos pequenos para que eles não causem problemas a outras pessoas. Analogamente, uma instituição pode ser responsabilizada se negligenciar no devido controle de pacientes internados com tendências agressivas ou suicidas.

Uma vez reconhecida a conexão entre controle e obrigação, Fleming e Maximov argumentam que não há distinção essencial entre pacientes internados e não internados. A diferença diz respeito apenas ao menor grau de controle do terapeuta sobre os não internados. Essa diferença seria relevante apenas na determinação de que medidas protetoras devam ser tomadas pelo terapeuta, mas não justificaria a negação de uma obrigação.

De acordo com essa análise do dever, uma vez estabelecida uma relação médico-paciente, o terapeuta torna-se suficientemente envolvido para assumir alguma responsabilidade pela segurança não só do paciente, mas também da pessoa que ele saiba estar ameaçada pelo paciente. Fleming e Maximov sustentam que o estabelecimento dessa relação instituiria uma obrigação para a segurança também do público, e que tal concepção é fruto de um maduro senso de responsabilidade social.

O dever legal é necessário?

Independente de termos uma resposta conclusiva para a questão de se o dever legal da comunicação previsto no ECA se aplica ao médico que assiste o paciente pedófilo, poderíamos interrogar se uma legislação nesse sentido é necessária. Do nosso ponto de vista, mesmo na circunstância da pedofilia — por vezes tão capaz de nos suscitar profundo horror — a posição de se valer apenas do recurso da justa causa é mais defensável do que a imposição do dever legal. Por meio desse instrumento, todo psiquiatra tem efetivamente o direito de estabelecer, para si mesmo, uma regra que o leve a quebrar o sigilo de todos os seus pacientes pedófilos, sem exceção.

Uma reflexão sobre três questões permite explicitar melhor essa posição. Elas dizem respeito, de modo mais direto, respectivamente à ética, ao alcance da responsabilidade do médico e à condição da pedofilia.

O principal argumento moral para a quebra de sigilo médico é que a proteção da criança e do adolescente representa um bem maior do que o direito à privacidade do paciente pedófilo. Isso é obviamente verdadeiro. No entanto, também é certo que as implicações de uma lei

que imponha a quebra de sigilo para o paciente pedófilo extrapolam o campo da terapia da pedofilia. A indicação que demos dos desdobramentos do caso Tarasoff — que ultrapassaram em muito o âmbito da psiquiatria e psicoterapia e hoje afetam diversos aspectos do exercício da medicina nos EUA[16] — é um exemplo dessa afirmação.

Mas essas implicações vão potencialmente mais além e podem afetar o próprio sistema de relações entre as pessoas no interior do corpo social. O sigilo médico é reconhecido desde os tempos de Hipócrates, no séc. IV A.C. Está profundamente arraigado na cultura ocidental[17]. É legítimo considerá-lo como um símbolo de direitos civis fundamentais e um anteparo da violência do Estado contra o cidadão. Portanto, é razoável pretender que mesmo na situação específica da pedofilia o argumento ético não é, por si só, suficiente para sustentar uma norma que obrigue a supressão da confidencialidade médica. Abrangentes considerações de ordem político-social deveriam necessariamente acompanhar as de natureza ética antes de podermos decidir por uma lei que imponha a quebra do sigilo médico.

A segunda questão é se o psiquiatra tem, como regra, algum grau de responsabilidade pelo que sabe que o seu paciente faz fora do consultório, com prejuízo para outra pessoa, em função do seu transtorno psíquico. Em princípio, o âmbito do compromisso do médico restringe-se ao tratamento do paciente. Está assim no artigo 2º do Código de Ética Médica brasileiro, no capítulo dos princípios fundamentais: "O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional".

Atribuir ao médico a responsabilidade legal pelo que sabe que o seu paciente faz em detrimento de outrem, mesmo em se tratando de crianças e adolescentes, constitui um alargamento do campo tradicional dos seus deveres. Para ser legítima, essa ampliação precisaria receber uma elaboração ética específica. Quer o aceitemos ou nã, no caso Tarasoff o fundamento para a extensão do compromisso foi o conceito de 'relação especial'. Para a pedofilia, desconhecemos uma elaboração correspondente. Na sua ausência, a posição

de deixar a decisão dessa ampliação ao arbítrio do profissional, por meio do instrumento da justa causa, está, no nosso entendimento, plenamente justificada.

A terceira questão é a do duplo estatuto da pedofilia, ao mesmo tempo delito e transtorno mental. Essas duas dimensões da condição pedofílica precisam ser integradas dialeticamente antes de se poder chegar a uma proposição normativa no que se refere ao dever de comunicação. A falta dessa integração tende a fazer com que toda norma referente ao portador de pedofilia, malgrado a intenção em contrário, privilegie o pólo do delito em detrimento ao do distúrbio psíquico, enfraquecendo o rigor ético do juízo.

Ademais dessas três ponderações, podemos acrescentar um argumento de ordem prática. É fácil prever que a obrigação da comunicação pelo psiquiatra intimidará uma parcela dos pacientes pedófilos, afastando-os do tratamento. Também não é difícil supor que uma parte dos que buscarem tratamento omitirá, ainda por medo, a prática da pedofilia, comprometendo o efeito da terapia. Em ambas as hipóteses a criança e o adolescente continuarão expostos ao assédio sexual do paciente. Nesses casos, o dever de comunicação, originalmente proposto para protegê-los, poderia produzir um efeito contrário ao desejado.

Assim, a posição contrária ao estabelecimento do dever legal de quebra de sigilo estaria justificada tanto do ponto de vista doutrinário como prático. Uma citação de Norberto Bobbio nos ajuda a exprimir melhor esse ponto de vista. Ao se referir ao comportamento dos cidadãos frente à lei, o jurista italiano fala a diferença entre obediência e aceitação. Obedecemos à lei quando nos conformamos com ela, quer por hábito quer por medo de sanção. Aceitamos a lei quando estamos convencidos de sua excelência[18].

Para receber o atributo de excelência, uma lei que obrigue a quebra do sigilo para o paciente pedófilo precisaria ter respostas para os questionamentos mencionados.

Conclusão

Aceita a interpretação do Cremesp de que o ECA não se aplica ao médico que trata do pedófilo, a conclusão é que a quebra de sigilo no caso de paciente pedófilo ativo é uma decisão do médico, não uma imposição legal. Ele pode ser rompido, por justa causa, sempre que o médico considerar conveniente e mediante critérios clínicos por ele estipulados[19]. Isso significa, se for esse o caso, que o psiquiatra dispõe da permissão ética de quebrar o sigilo de todos os seus pacientes pedófilos, sem exceção.

Por outro lado, a quebra de sigilo deve ser entendida como um ato médico. A decisão deve ocorrer, sempre que possível, no âmbito da relação psiquiatra-paciente, de maneira a incluir o pedófilo na decisão. Essa atitude baseia-se na idéia de distinguir sigilo de confiança. Em tese, essa distinção pode possibilitar ao médico romper o segredo profissional e, ainda assim, manter a confiança do paciente, preservando o processo terapêutico.

A comunicação deve se restringir à informação indispensável para a proteção da criança ou do adolescente, sem revelar nenhum outro aspecto da intimidade do paciente. Ela precisa ser vista como parte de um conjunto de medidas destinado a proteger a criança ou o adolescente molestado sexualmente. Dependendo da situação, outras medidas protetoras podem ser adotadas, como avisar os familiares, afastar o pedófilo de sua vítima, internar o paciente, e assim por diante.

Para finalizar, retornamos à pergunta do início desse artigo: se a responsabilidade do psiquiatra inclui a proteção da pessoa que está sendo prejudicada por uma ação grave decorrente do transtorno mental do seu paciente. Para sermos coerentes com os argumentos discorridos em prol da preservação do sigilo e do arbítrio do médico — e valendo-nos de uma inversão de termos do artigo 28 do Código de Ética Médica —, propomos a seguinte resposta: É direito do médico realizar atos médicos que, embora não obrigatórios por lei, sejam conformes os ditames de sua consciência[20].

Notas e referências bibliográficas

1. A Classificação Internacional das Doenças, 10a edição (CID 10), dá a seguinte definição de Pedofilia: "Preferência sexual por crianças, quer se trate de meninos, meninas ou de crianças de um ou do outro sexo, geralmente pré-púberes ou no início da puberdade."
2. O parecer foi elaborado pelo Dr. José Carlos Ramos Castilho e aprovado pela Comissão de Bioética do HC-FMUSP e FMUSP em sessão de 24.04.2003.
3. Para os fins deste trabalho, foram omitidos os dois outros artigos do ECA citados no parecer da Comissão de Bioética, os artigos 17 e 18. O art. 17 não fala em dever, mas em direito. Já o art. 18, a par de ser muito genérico, não estabelece nenhuma sanção por sua infração. Não dispõe, portanto, de poder coercitivo.
4. Diz o art. 102 do Código de Ética Médica: "É vedado ao médico revelar o fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente".
5. Essa interpretação do art. 245 do ECA está amparada pelo Parecer No. 47/04 do Departamento Jurídico do Cremesp.
6. Para maiores detalhes, remetemos o leitor ao parecer referente à Consulta N°. 51.676/03, aprovado na 3.291a. reunião plenária do Cremesp, realizada em 03.05.2005.
7. O relato que se segue foi baseado em: Buckner F, Firestone M. Where the public peril begins: 25 years after Tarasoff. The Journal of Legal Medicine 2000; 21(2): 187-222.
8. Tarasoff v Regents of the University of California, 118 Cal Rptr 129 (Cal 1974) (*Tarasoff I*).
9. Mills MJ, Greer S, Eth S. Protecting Third Parties: A Decade After *Tarasoff*. Am J Psychiatry 1987; 144:68-74.
10. Tarasoff v Regents of the University of California; reargued 17 Cal 3d 425, 551 P 2d 334, 131 Cal Rptr 33 (1976) (*Tarasoff II*).
11. Tarasoff v Regents of the University of California (*Tarasoff II*) – *op.cit*.
12. Buckner F, Firestone M – *op.cit*.
13. Appelbaum PS, Zonana H, Bonnie R, Roth LH. Statutory Approaches to Limiting Psychiatrists' Liability for Their Patients' Violent Acts. Am J Psychiatry 1989; 146: 821-828.
14. Fleming JG, Maximov B. The patient or his victim: the therapist's dilemma. Cal L Rev 1974; 62: 1025.
15. Buckner F, Firestone M – *op.cit*.
16. Buckner F, Firestone M – *op.cit*.

17. Nunca é demais lembrar a bela frase atribuída a Santo Agostinho: "O que sei por confissão, sei-o menos do que o que nunca soube." Embora a máxima diga respeito ao direito canônico, ela é com freqüência mencionada nos textos que abordam o sigilo médico.
18. Norberto B. As ideologias e o poder em crise. 4. ed. Brasília: Ed. Universidade de Brasília; 1999. p. 50.
19. O parecer do Cremesp propõe os seguintes parâmetros, entre outros: o sexo e a condição psíquica do pedófilo, sua história pregressa, a presença de outro distúrbio mental associado à pedofilia, as características do relacionamento sexual com a criança ou o adolescente, a periculosidade do paciente, seu interesse na cura, o tipo e a gravidade do prejuízo infringido à criança ou ao adolescente.
20. O artigo 28 do Código Ética Médica tem a seguinte redação. "É direito do médico recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência".

Psiquiatria e Psicoterapia no âmbito institucional

José Álvaro Marques Marcolino

O relacionamento entre a psiquiatria, a psicoterapia e a psicanálise é um debate contínuo. O crescimento da psiquiatria biológica das três últimas décadas efetuou uma modificação quase paradigmática na compreensão predominante da enfermidade psiquiátrica, trazendo um retorno para um modelo mais 'médico' da doença, mais próximo ao modelo explicativo científico-natural da medicina somática em geral. Este havia sido o modelo da primeira nosologia psiquiátrica descritiva desenvolvida por Kraepelin há cerca de um século. Esse campo subseqüentemente voltou-se para o entendimento psicológico do funcionamento mental e seus transtornos, baseado em conceitos psicodinâmicos, principalmente oriundos da teoria psicanalítica, criada e elaborada por Freud e seus seguidores. Esse entendimento psicodinâmico manteve um predomínio quase que exclusivo durante as décadas intermediárias do século XX, até a crescente expansão do conhecimento em neurobiologia e o desenvolvimento da moderna psiquiatria biológica.

Um dos principais reflexos desse movimento pendular na maneira de conceituar a doença psiquiátrica pode ser visto na estrutura e nos princípios filosóficos da nomenclatura psiquiátrica oficial. Esse caminho aponta atualmente na direção de se classificar descritivamente, evitando rigorosamente os níveis de inferência inerentes do ponto de vista com base psicodinâmica ou psicanalítica. O resultado foi uma nova nomenclatura.

Os benefícios acrescidos à psiquiatria pela nova nomenclatura 'ateórica' dos códigos de classificação das doenças (DSM-IV e o CID-10), e especialmente o aumento dos benefícios ao entendimento e tratamento de muitas doenças psiquiátricas, derivados dos crescentes conhecimentos biológicos (inclusive genéticos) e epidemiológicos desses transtornos, também tiveram seu preço. Os pacientes também necessitam e esperam por um entendimento e contato interpessoal, que a psicoterapia pode oferecer. Uma abordagem exclusivamente médico-biológica em psiquiatria não parece ser aceitável. Além disso, o desenvolvimento da psiquiatria comunitária significa que os psiquiatras não estão numa posição de hegemonia, mas partilham seu poder e influência com psicólogos, enfermeiras, médicos generalistas e assistentes sociais, todos eles necessitando habilidades psicoterápicas.

Ao mesmo tempo, a psicoterapia não pode permanecer isolada da avaliação científica. Numa era de recursos limitados e de expectativas crescentes, o questionamento sobre a relação entre custo e benefício cresce de modo insistente.

A distinção entre a abordagem biológica e a psicoterápica em psiquiatria pode ser traçada em duas grandes linhas de pensamento: uma representada pelo Iluminismo, com seus valores de razão, ordem e estabilidade; outra pelo Romantismo, com sua ênfase na individualidade, na importância das emoções e na mudança. A psicoterapia é talvez prisioneira do impulso romântico, ao valorizar a experiência individual e a biografia, reconhecendo a imaginação e a necessidade de encontrar um significado e um propósito na vida.

No entanto, tem havido mudanças que turvam essa clara demarcação entre razão e imaginação, ciência e arte. Está claro que Freud acreditava que o método científico poderia clarear os problemas humanos sem necessariamente ser reducionista ou desumanizador. É aceitável que a ciência é em si mesma um sistema de significados que não pode ser um valor absoluto na abordagem da verdade e, quando é reduzida a um cientificismo, torna-se uma maneira de evitar ao invés de revelar a realidade.

A abordagem biomédica que observa a depressão simplesmente em termos de uma doença para a qual a droga apropriada deve ser prescrita e ignora a parte desempenhada pelas adversidades das experiências de vida é tão obtusa quanto a psicoterapia que nega a relevância da genética em vários transtornos mentais. A ênfase na filosofia da ciência contemporânea é uma dualidade de modelos causação-doença e biográfico-teleológico. Rorty (1989) acentua a necessidade de tolerância e pluralismo, vendo a ciência e a poesia como modos alternativos de adaptação à realidade. Dada a dominância da ciência na cultura contemporânea, esta dualidade é inevitavelmente desigual. A psicoterapia tem conseguido alguns graus de aceitação, mas é freqüentemente relegada.

O campo de atuação das psicoterapias

As psicoterapias são métodos de tratamento para problemas de natureza emocional, nos quais uma pessoa treinada, mediante a utilização de meios psicológicos, estabelece deliberadamente uma relação profissional com a pessoa que busca ajuda, visando remover ou modificar sintomas existentes, retardar seu aparecimento, corrigir padrões disfuncionais de relações interpessoais, bem como promover o crescimento e o desenvolvimento da personalidade.

As psicoterapias variam em relação às técnicas que utilizam, às teorias nas quais se baseiam, aos objetivos, à freqüência das sessões e ao tempo de duração. Abrange desde psicoterapias breves de apoio, destinadas a auxiliar o paciente a superar dificuldades momentâneas por meio do aconselhamento, do apoio, da catarse e da sugestão; a terapia comportamental que utiliza exposição *in vivo*, a prevenção da resposta, o condicionamento clássico; a hipnose; o brinquedo (crianças); as terapias de grupo, de família e de casais; o psicodrama; até formas mais complexas como a psicanálise e a psicoterapia de orientação analítica, que se propõem a modificar aspectos da personalidade pela obtenção de *insight,* interpretando defesas por meio de análise da neurose de transferência.

Na literatura são mencionados mais de 400 tipos diferentes de psicoterapias. Desde os meados do século passado, tem sido feito um enorme esforço de pesquisa para sua validação, por meio da comprovação de sua efetividade e seus resultados.

Para Holmes (1991), uma possível definição geral de psicoterapia é a seguinte: "Psicoterapia é uma forma de tratamento baseado no uso sistemático do relacionamento entre terapeuta e paciente para produzir mudanças na cognição, sentimentos e comportamento".

A vantagem dessa definição é que dá ênfase à natureza interpessoal do relacionamento psicoterápico, do qual muito de seu poder deriva. A técnica, embora não menos importante, somente pode ser efetiva se uma boa aliança terapêutica for estabelecida. A psicoterapia é mais uma atividade colaborativa entre paciente e terapeuta do que uma ação predominantemente unilateral, exercida por alguém sobre outra pessoa. Essa definição é ampla o bastante para incluir a maioria das psicoterapias correntemente praticadas. Dada esta definição geral, as psicoterapias podem ser classificadas de acordo com a teoria, técnica, método, duração e o nível, embora nenhum deles tenham um limite claro.

O tratamento psicoterápico pode fazer parte do atendimento a qualquer paciente, sendo que esta possibilidade deve sempre ser cuidadosamente avaliada. Todo tratamento psicológico envolve a colaboração entre paciente e terapeuta. Abordagens mais sofisticadas requerem uma aliança de tratamento mais aprofundada. Tanto o paciente quanto o terapeuta necessitam serem capazes de aceitar a validade possível da formulação psicológica e ambos necessitam estar motivados para trabalhar psicologicamente. Nem todos os pacientes e nem todos os profissionais de saúde mental estão aptos para o tratamento psicoterápico. Caso todo paciente psiquiátrico possa se beneficiar de alguma forma de intervenção e consideração psicoterápica, a questão da indicação para psicoterapia torna-se não se o paciente pode se beneficiar da psicoterapia, mas que tipo de intervenção psicoterápica é mais apropriado e em que nível ela se dará.

Segundo Tillet (1996), há poucos critérios absolutos de exclusão, mas distúrbios psicóticos ativos, distúrbios orgânicos maiores e distúrbios de comportamento recorrentes que signifiquem problemas no desenvolvimento da aliança de tratamento parecem impedir o trabalho psicoterápico. Ele sugere que para cada tipo de situação clínica, o psicoterapeuta deveria fazer a seguinte pergunta: *Qual* tratamento, para *quem*, é mais efetivo para *este* indivíduo, com este *específico problema* e dentro de *quais* circunstâncias?

A afirmação desse autor implica um ideal no qual a intervenção psicoterápica é adequada a cada paciente, em termos da sua doença e personalidade. De acordo com Osler [apud Stoller (1984)], é mais importante saber que tipo de paciente tem uma doença do que saber que tipo de doença tem o paciente. O contraste entre doença e situações individuais é o coração do problema da avaliação e da formulação diagnóstica em psicoterapia. Um diagnóstico médico implica a transferência de um grupo de sintomas para uma categoria diagnóstica que confirma uma patologia, responde a um tratamento e a um prognóstico. A formulação psicoterapêutica também tenta sumarizar e sistematizar um grupo de fenômenos, para indicar um tratamento apropriado e ter um valor prognóstico, mas difere do diagnóstico médico em um número significante de aspectos.

Primeiramente, quase sempre contém uma suposição teórica, por exemplo, a respeito da influência das experiências infantis na vida adulta, enquanto os diagnósticos psiquiátricos tentam ser livres de teoria. Em segundo lugar, focaliza mais diretamente temas interpessoais e dificuldades de relacionamento do que sintomas isolados. Em terceiro lugar, está concentrada numa circunstância particular e na sua biografia, ao invés de uma classe geral de doença. Finalmente, a avaliação é dada parcialmente pela intuição, baseada na resposta subjetiva do terapeuta, em vez de obtê-la exclusivamente de dados objetivos.

Um diagnóstico médico ou psicodinâmico é uma ferramenta e não pode estar separado de uma proposta. A discussão a seguir considera que: primeiramente, uma formulação psicodinâmica é parte de um

entendimento geral de qualquer paciente psiquiátrico; em segundo lugar, a sistematização desta formulação dentro do esquema diagnóstico; e em terceiro lugar, o uso desse esquema para indicar e guiar diferentes tratamentos psicoterápicos.

A psicoterapia é essencialmente um processo colaborativo. A avaliação pode ser pensada como um processo mútuo no qual o paciente e o terapeuta alcançam um acordo em relação ao plano de tratamento. Isto requer que o avaliador não somente clareie sua visão acerca de qual abordagem pode ser efetiva, mas também forneça informação ao paciente de como ele deva proceder. Na prática corresponde a identificar um número significativo de diferentes alternativas de tratamento e rever os pontos a favor ou contra com o paciente, assim como responder questões em vários níveis de sofisticação.

Os profissionais de saúde tendem a prescrever tratamentos com os quais estão familiarizados e que se ajustam com seus próprios sistemas. É usualmente verdade que um número de abordagens pode ser efetivo e que o uso de uma delas não exclui a outra. Tanto pacientes quanto avaliadores necessitam estar cientes de que preconceitos podem limitar a escolha. Uma regra geral parece ser a de que se devem recomendar primeiramente tratamentos econômicos. Muitos tratamentos médicos consomem muito menos tempo do que psicoterapias e podem oferecer a mesma eficácia. A recomendação de um tratamento médico inicialmente não impede a indicação de uma psicoterapia em outro momento.

Ética e Psicoterapia

Uma das características da sociedade contemporânea é a coexistência de diferentes abordagens da ética. Essa diversidade pode ser considerada em termos de valores, princípios e qualidades morais pessoais.

A seleção de maneiras de expressar um compromisso ético não parece invalidar outras abordagens. A apresentação de diferentes maneiras de conceber a ética é uma tentativa de mostrar as limitações que cada abordagem ética tem isoladamente. Princípios éticos são apro-

priados para examinar decisões ou ações particulares. Entretanto, dar ênfase aos princípios éticos de maneira isolada pode diminuir a importância das qualidades pessoais dos psicoterapeutas e sua significância ética no relacionamento terapêutico. A provisão de serviços sensíveis às realidades culturais dos pacientes é também uma preocupação ética fundamental. Fatores culturais são freqüentemente mais facilmente compreendidos e respondidos em termos de valores. Portanto, os valores profissionais têm se tornado cada vez mais significativo na maneira de expressar o compromisso ético.

Valores, princípios éticos e psicoterapia

Os valores fundamentais da psicoterapia incluem um comprometimento com:

I. Respeitar os direitos humanos e a dignidade.

II. Assegurar a integridade do relacionamento entre o profissional e o paciente.

III. Intensificar a qualidade do conhecimento do profissional e suas aplicações.

IV. Aliviar a tensão e o sofrimento pessoal.

V. Favorecer uma percepção do que é próprio e significativo para uma pessoa.

VI. Intensificar a qualidade dos relacionamentos entre os vários profissionais.

VII. Apreciar a diversidade de experiências e culturas humanas.

VIII. Esforço para propiciar uma justa e adequada disponibilidade de serviços de psicoterapia.

Cada princípio ético está dirigido à tomada de responsabilidades de fundo ético. Decisões éticas são fortemente apoiadas por um ou mais desses princípios. Entretanto, muitas vezes as circunstâncias não apontam para um consenso na aplicação de um desses princípios e será necessário fazer uma opção. Nesse sentido, uma decisão não é necessariamente antiética meramente pelo fato de haver outras posições diferentes para a mesma questão.

I. Fidelidade: Os psicoterapeutas que adotam a confiabilidade como princípio agem de maneira a considerá-la como uma obrigação baseada na confiança que seu cliente depositou no terapeuta. A fidelidade surge da confiança do paciente. Restringe qualquer forma de revelação de uma informação confidencial sobre os pacientes. Os profissionais são estimulados a manter um prontuário de seus pacientes e neles devem conter informações de maneira correta, respeitosa aos pacientes e aos seus colegas e devem ser protegidos contra uma revelação não autorizada.

II. Autonomia: Significa o respeito ao direito dos pacientes se autogovernarem. Esse princípio enfatiza a importância do cliente se comprometer com a psicoterapia. Envolve a proteção da privacidade, da confiabilidade e da procura de que as ações se baseiem em um consentimento informado. A autonomia opõe-se à coerção dos clientes contra seus desejos, mesmo que justificados por eventuais benefícios sociais.

III. Beneficência: Parte do compromisso com o bem-estar do cliente. Trabalha estritamente dentro dos limites da busca da competência, provendo serviços com profissionais adequadamente treinados e experientes. Procuram assegurar que os melhores interesses dos clientes são acompanhados em relação à prática e aos resultados alcançados, sustentados em termos das melhores avaliações disponíveis. Isso considera importante que a pesquisa e a reflexão dêem sustentação à prática. A obrigação de agir de maneira beneficente pode se tornar um paradigma quando tratamos da atenção a pacientes que têm sua autonomia diminuída, seja por imaturidade, ausência de entendimento, tensão intensa ou um sério transtorno pessoal.

IV. Não-maleficência: É o compromisso com não causar danos ao paciente. A não-maleficência envolve: evitar a coerção emocional, financeira, sexual ou qualquer forma de abuso ao paciente. Envolve também evitar a incompetência profissional, a má prática e não oferecer serviços quando não habilitados para atuar em certas áreas. A não-maleficência envolve o esforço em mitigar o sofrimento causado por qualquer dano ao cliente, mesmo que esse dano tenha sido inevitável e

sem intenção. Os profissionais têm a responsabilidade de questionar, quando apropriado, a incompetência ou a má prática de outros e contribuir para investigar as ações em que estão envolvidas práticas que podem prejudicar aos pacientes.

V. Justiça: Significa a procura de tratamento justo e imparcial para todos os pacientes e a provisão de serviços adequados para todos. Requer o respeito aos direitos humanos e à dignidade; dirigir a atenção para a consciência das obrigações legais e permanecer alerta para os potenciais conflitos entre as questões legais e éticas. Justiça na distribuição dos serviços requer a habilidade de determinar imparcialmente a provisão dos serviços e a alocação dos recursos. Evita a discriminação das pessoas e dos grupos sociais.

Nos serviços onde o profissional trabalha próximo a outros colegas da mesma especialidade ou em equipes multidisplinares, a qualidade da interação entre os profissionais pode se intensificar. O relacionamento deve ser conduzido dentro de um respeito mútuo. Os colegas devem ser tratados de maneira justa, propiciando uma igualdade de oportunidades. O relacionamento não deve ser prejudicado por uma maneira própria de conceber o estilo de vida, a orientação sexual, a cor, as crenças ou a cultura.

VI. Auto-respeito: Favorece o autoconhecimento e os cuidados necessários ao psicoterapêuta. Esse princípio resume a aplicação de todos os princípios acima descritos direcionados ao terapeuta. Isso inclui a procura de psicoterapia para desenvolvimento pessoal dos profissionais. Envolve também a consciência ética de procurar supervisão com profissional apropriado para um contínuo desenvolvimento profissional.

Qualidades morais pessoais e psicoterapia

Muitas das qualidades pessoais consideradas importantes na provisão de serviços de psicoterapia têm um componente moral e são, portanto, consideradas como virtudes ou boas qualidades pessoais. Isso não significa que todos os terapeutas possuam ou tenham que ter

todas essas qualidades, mas que eles estejam voltados no sentido de aprofundar essas qualidades dentro de si mesmos, ao invés de tomá-las como uma espécie de regimento externo.

As qualidades pessoais que os psicoterapeutas são fortemente encorajados a aspirar são:

I. Empatia: habilidade de comunicar a outra pessoa seu entendimento sobre a experiência pessoal dentro da perspectiva da pessoa.

II. Sinceridade: compromisso pessoal entre o que é professado e o que é feito.

III. Integridade: compromisso em ser ético com os outros, honesto e coerente.

IV. Resiliente: capacidade de trabalhar com as questões do paciente sem ser pessoalmente prejudicado.

V. Respeitoso: mostrar apropriada estima aos outros e sua compreensão a respeito deles.

VI. Humildade: habilidade em avaliar profundamente suas qualidades e fraquezas.

VII. Competência: a efetiva capacidade de mostrar as habilidades e o conhecimento profissional necessários para fazer o que é requerido.

VIII. Probidade: aplicação consistente de critérios apropriados para embasar decisões e ações.

IX. Sensatez: capacidade de uma profunda capacidade para estabelecer julgamentos que dão sustentação a ações práticas.

X. Coragem: capacidade de agir a despeito de sentir medo, de haver riscos e incertezas.

Conclusão

Trabalhar de maneira ética significa que os psicoterapeutas inevitavelmente vão encontrar situações nas quais há conflitos. Essas situações demandam uma tentativa de se estabelecer uma análise ética no sentido de se escapar da sensação de que existe uma tensão não resolvida. Essa análise dirige a atenção para uma variedade de fatores que precisam ser levados em consideração, até encontrar maneiras

alternativas de aproximação ética que se mostrem úteis. Nenhum princípio ético pode isoladamente aliviar a dificuldade em se fazer julgamentos profissionais em circunstâncias que podem ser constantemente mudadas e cheias de incertezas.

Bibliografia consultada

1. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biornedical Ethics, 3ª. ed. New York: Oxford University Press; 1989.
2. Código de Ética Médica. Brasília (Brasil): Conselho Federal de Medicina; 1996. 95 p.
3. Cohen C, Marcolino JAM. Aspectos éticos. In: Cordás TA, Moreno RA, orgs. Condutas em psiquiatria. 4. ed. São Paulo: Lemos Editorial; 2001.
4. Cohen C, Marcolino JAM. Autonomia & Paternalismo. In: Segre M, Cohen C, org. Bioética. São Paulo: EDUSP; 1995. p. 51-62.
5. Cohen C, Marcolino JAM. Aspectos bioéticos em psiquiatria. In: Segre M, org. A Questão Ética e a Saúde Humana. São Paulo: Editora Atheneu; 2006.
6. Cohen C, Segre M. Definição de valores, moral, eticidade e ética. In: Segre M, Cohen C, org. Bioética. São Paulo: EDUSP; 1995.
7. Cohen C, Segre M. Breve discurso sobre valores, moral, eticidade e ética. Bioética 1994; 2(1): 19-24.
8. DSM-IV - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ª. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1985. p. 108-112.
9. Holmes J, Lindley R. The Values of psychotherapy. Oxford: Oxford University Press; 1989.
10. Holmes J. Textbook of psychotherapy in psychiatric practice. UK: Churchill Livingstone; 1991.
11. Karasu TB. The psychotherapies: benefit and limitations. Am J Psychother. 1986; 40: 324-342.

12. Organização Mundial de Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
13. Pedder J. How can psychotherapiests influence psychiatry? Psychoanal Psychother 1989; 4: 43-54.
14. Rorty R. Contingency, irony and solidarity. Cambridge: Cambridge University Press; 1989.
15. Russel RL, Orlinsky DE. Psychotherapy research in historical perspective – implications for mental health care policy. Arch Gen Psychiatry. 1996; 53: 708-715.
16. Stoller RJ. Psychiatry's mind brain dialectic. American Journal of Psychiatry. 1984; 141: 554-558.
17. Tillett R. Psychotherapy and treatment selection. British Journal of Psychotherapy. 1996; 168: 10-15.
18. Wallace ER. The philosophy of psychiatry. Current Science. 1989; 2(5): 667-675.
19. Wallerstein RS. Psychoanalysis and psychotherapy: a historical perspective. Int J Psychoanal. 1989; 70: 563-91.
20. Wallerstein RS. A Cura pela fala: a psicanálise e as psicoterapias. Porto Alegre, RS: Artes Médicas; 1998.
21. Wolberg LR. Supportive therapy. In: The techniques of psychotherapy. 3.ed. London: Academic Press; 1988.

Ética médica e relações com as indústrias farmacêutica e do álcool

Florence Kerr-Corrêa
Cláudio Cohen

I – Relações com a indústria farmacêutica

As questões de conflitos éticos nas relações existentes entre a indústria – tanto a farmacêutica como a de produção de aparelhos ou a de implementos diagnósticos e terapêuticos – e os médicos têm aumentado nas últimas décadas. Um dos aspectos, por exemplo, que têm sido debatidos, é a influência dos laboratórios farmacêuticos em pesquisas experimentais e, ainda, na própria conduta médica, com os estudantes de medicina e com os médicos residentes.

Atualmente, os trabalhos científicos têm sido avaliados de maneira mais crítica, sendo analisados, por exemplo, os problemas éticos envolvidos na metodologia de pesquisa, particularmente aqueles financiados pelas indústrias. Deste modo, vários periódicos científicos publicaram artigos admitindo que as pesquisas divulgadas poderiam apresentar incorreções, tanto metodológicas como nos resultados.

Quando criticamente analisados, constata-se que a maioria dos artigos sobre tratamento é financiada pela indústria farmacêutica e raramente apresenta resultados desfavoráveis aos produtos por ela produzidos. Considerando que essas publicações são lidas por milhares de profissionais ao redor do mundo, editores de revistas especializadas renomadas já declararam publicamente seu descontentamento e suas

preocupações. Mesmo que tais resultados não sejam forjados, inúmeros autores, entre os quais Smith[1] e Van Der Weyden[2], lembram que as indústrias podem aumentar a probabilidade de resultados favoráveis a si mesmas, além de divulgá-los diversas vezes em publicações diferentes.

Com o objetivo de caracterizar a relação entre a indústria farmacêutica e os médicos, um estudo na Austrália[3] distribuiu um questionário entre os médicos que, em meio de outras questões, investigou diretamente sua colaboração em pesquisas financiadas pelas companhias. Dos 823 profissionais pesquisados, 41% haviam participado de pesquisas financiadas pela indústria nos últimos 12 meses e 49% trabalhavam em instituições públicas, sendo remunerados pelas pesquisas feitas. Esses dados são muito maiores quando comparados ao número de profissionais que trabalhavam em clínicas privadas (33%). Este estudo revelou, ainda, inúmeros problemas relacionados aos ensaios clínicos, como atraso (6,7%) ou não publicação (5,1%) de resultados negativos, discordância com o fato de que os resultados tivessem sido escritos pela assessoria da companhia (12%) e encobrimento dos desfechos negativos (2,2%). Foram expostas, além disso, as estratégias utilizadas para que medicamentos parecessem ter um perfil mais benéfico, como alterações de dados estatísticos e a não divulgação de todos os efeitos colaterais indesejáveis.

Nesse mesmo sentido, Prosser et al.[4] buscaram entender quais fatores influenciavam os médicos na prescrição de novas drogas. Os resultados indicaram que, primeiramente, os médicos tomam contato com a nova medicação por intermédio de representantes das indústrias, literatura não revisada, meios de comunicação em massa e, por último, mas não menos importante, colegas de trabalho. Foi encontrada uma relação entre a literatura fornecida pelos representantes e o início da prescrição, de tal modo que 70% dos entrevistados referiram-se aos representantes como um meio de adquirir e processar informações sobre as drogas e manterem-se atualizados, sendo que literatura especializada foi usada por apenas 17% deles. Em

alguns casos, observou-se que a prescrição foi iniciada após o médico ter entrado em contato com outro profissional. O estudo mostrou, ainda, que outros fatores que induziram a prescrição foram o bom resultado da droga observado em outros pacientes e as solicitações dos próprios pacientes.

Consensos

Outros aspectos que vêm sendo questionado é o papel das indústrias farmacêuticas na condução de Consensos ou de Diretrizes para Tratamento (Guidelines), e o recebimento de benefícios diretos ou indiretos pelos participantes.

Os consensos tornaram-se freqüentes na última década[5]. Sua função seria definir o problema clínico e apresentar os melhores métodos de se chegar à etiologia, prevenção, investigação diagnóstica e as opções terapêuticas, bem como os riscos associados, o prognóstico antecipado e os dados de custo-benefício. Além disso, os consensos deveriam dar opções que levassem em conta a experiência clínica do médico e as opiniões dos pacientes para decidir sobre a melhor opção terapêutica.

Segundo Genuis[6], o desenvolvimento e as fontes financiadoras desses consensos podem variar. O formato ideal compreenderia as contribuições de pesquisadores e clínicos experientes e imparciais, utilizando as mais recentes evidências e pesquisas em um determinado tópico de saúde, baseados em dados disponíveis na literatura científica. As desvantagens e incertezas de todas as recomendações seriam esclarecidas, separando-se evidência de opinião. Entretanto, na prática, as fontes mais comuns para os consensos são as idéias debatidas por especialistas que concordam em um caminho específico de ação relacionado a um dado problema de saúde.

O apoio financeiro para a elaboração dos consensos pode vir de instituições públicas, como governo e universidades, mas também de fundos privados, tais como a indústria, direta (através de concessões educacionais) ou indiretamente (através de fundos para pessoas, associações profissionais ou de fundações de doenças específicas).

É inquestionável que os consensos proporcionam benefícios, provendo educação continuada e auxiliando os médicos nas condutas clínicas do dia-a-dia. Associados à divulgação contínua de novas pesquisas e informações e à rotina apressada da maioria dos profissionais, tornaram-se fonte inestimável de informação. Assim, quaisquer recomendações dadas por especialistas podem afetar a prática de um grande número de médicos. Como resultado, qualquer influência sobre os autores, vinda de suas interações com as companhias farmacêuticas, pode ser transmitida aos muitos usuários de consensos ou de diretrizes de tratamento[7].

O estudo de Taylor e Giles[5] avaliou mais de 200 consensos publicados em diferentes partes do mundo, demonstrando que mais de um terço dos médicos que deles participavam declararam ter relação financeira com importantes laboratórios farmacêuticos, resultados que sugerem que essas companhias podem distorcer ou influenciar decisões sobre a indicação dos seus produtos. É interessante notar que destes consensos, 90 continham informações sobre os autores e apenas 31 não eram financiados pelas indústrias farmacêuticas. Cerca de metade deles forneceu detalhes de suas atuações e tinha ao menos um autor com conflito de interesses com a indústria. Mais de um terço dos membros incluía ao menos um profissional que proferiu palestras ou conduziu seminários como representante de uma companhia relevante.

Essa situação, lembram Taylor e Giles, pode ser subestimada uma vez que há consensos que não fizeram tal declaração de conflito de interesses. É curioso notar que apenas 7% dos sujeitos acreditavam que suas relações com a indústria pudessem influenciar as recomendações de tratamento.

No entanto, a respeito disso, as opiniões divergem. Enquanto alguns estudos condenam qualquer tipo de relação de seus autores com a indústria, inúmeras organizações médicas afirmam que os poucos profissionais que compõem os seus quadros e que têm ligação com a indústria não poderiam influenciar dezenas de membros.

Conflito de interesses

O conflito de interesses caracteriza-se quando há um conjunto de condições em que o julgamento do profissional em relação a um interesse primário (como o bem-estar do paciente) tende a ser influenciado indevidamente por um interesse secundário (como ganho financeiro). O interesse primário é determinado pelas obrigações profissionais de médicos, estudantes ou professores. Embora às vezes tais obrigações possam ser discutíveis, há um acordo de que, sejam estas quais forem, devem estar em primeiro plano em qualquer decisão profissional médica. Geralmente, os interesses primários, neste caso, dizem respeito ao paciente, sua saúde e seu bem-estar. O segundo interesse não é ilegítimo em si, é parte necessária da prática profissional, sendo que o problema reside no peso que pode desempenhar nas decisões profissionais quando imiscuídos com outros objetivos da indústria farmacêutica[8].

A influência exercida pelos laboratórios farmacêuticos se dá de várias formas. As mais freqüentes são os financiamentos de educação continuada, de viagens a congressos, promoção de jantares, de eventos, de ressarcimento por palestras proferidas e de presentes, como amostras grátis de medicamentos e utensílios de escritório. Essa interação ocorre com médicos, residentes e estudantes ainda na graduação das escolas médicas.

Um estudo realizado por Sierles et al.[9], com 1.143 alunos do terceiro ano de medicina dos EUA, abordou questões referentes à exposição e a atitudes dos estudantes frente às companhias farmacêuticas. Os resultados mostraram que os estudantes (95,6%) desconheciam a influência das estratégias de *marketing*, apesar dos contatos mensais com as industrias. Reconheciam que os eventos educacionais financiados são úteis, como a educação continuada, mesmo que possam ser enviesados. A maioria referiu que suas prescrições não seriam influenciadas por essa interação (55%), e dos 183 estudantes que receberam presentes, 86,3% acreditavam ser isto inapropriado, mas mesmo assim os aceitaram. O estudo indicou, além disso, que a maioria das escolas não possuía normas escritas sobre como deveria ser a relação do médico com a indústria, mas, mesmo quando existiam, os estudantes

as desconheciam. Resultados semelhantes foram encontrados por outros autores[10, 11, 12, 13].

Durante a residência médica, as atitudes não se modificavam significativamente, pois a média de encontros com os representantes teve freqüência igual à dos alunos da graduação, ambos parecendo beneficiar-se mais de atividades como eventos e almoços financiados. Entre médicos essa taxa diminuiu, enquanto viagens e pesquisas financiadas aumentaram. Entretanto, em ambos os grupos as atitudes perante a indústria não diferiu entre si, pois consideraram que os representantes forneciam informações precisas sobre as medicações, apesar de priorizarem a promoção do produto acima do bem-estar dos pacientes. De novo, a maioria negou que os presentes recebidos poderiam influenciar suas prescrições.

Embora os indivíduos consideraram estar agindo objetivamente, outras pesquisas mostraram que o julgamento deles estava sujeito à influência exercida pelos presentes recebidos[14]. Apesar de negarem a influência da indústria através desses benefícios, os indivíduos, em geral, agem de forma inconsciente e não intencional. Assim, até pequenos presentes podem despertar um impulso de reciprocidade, que teria uma poderosa ação, no sentido desta prática ser generalizada e tradicionalmente aceita.

Entretanto, deve-se mencionar que interesse no lucro não é necessariamente um mal e que muitas boas invenções, inclusive na área de medicamentos, se deram por isso e que é um importante reforço e incentivo na produção de conhecimentos[15]. Há, também, que se dizer que a própria indústria tem sua ética. Vale mencionar que, recentemente, um laboratório financiou um estudo que mostrou que mulheres tinham mais câncer de mama com tratamento de reposição hormonal. Este fato modificou o tratamento na menopausa e diminuiu consideravelmente o número de prescrições de hormônios, que se encontrava entre as drogas mais receitadas do mundo. É bom lembrar que, em outras áreas do conhecimento humano, grandes obras foram financiadas e nem por isso deixaram de ser menos inspiradas (vide Capela Sistina).

Normatizações

Diversas normatizações foram desenvolvidas para o comportamento humano baseado na troca. A noção do que é considerado justo pode variar entre os profissionais, e as ações que, em dado momento, são julgadas injustas podem, em outras circunstâncias, ser consideradas justas por coincidirem com seus próprios interesses. Da mesma maneira, os presentes recebidos podem estar associados a atitudes positivas do médico, em relação aos representantes, como a de prescrever drogas sabidamente mais caras[16], ou sempre de uma determinada companhia[17].

Em relação à prática profissional, um estudo desenvolvido na Espanha[18] chegou à mesma conclusão, quando foi abordada a relação entre o médico de família na atenção primária e a indústria farmacêutica. Cerca de 81,5% dos respondentes associaram o aumento de suas prescrições após a participação em ensaios clínicos. O grupo de médicos que recebeu mais visitas e que foi presenteado com objetos para a prática médica, ajuda para congressos, presentes para benefício próprio, material didático e cursos de formação, tendeu a colaborar mais com as propostas dos laboratórios, principalmente nas prescrições. Em relação aos materiais promocionais, boa parte dos médicos considerou que recebê-los não influiu na sua prescrição, embora os considerassem como eticamente não corretos. Por outro lado, ponderaram que aceitar inscrições em congressos, prêmios por trabalhos de investigação e participação em estudos de laboratórios condicionaria a prescrição, pois estariam associados ao benefício do próprio profissional.

Destaca-se nesta pesquisa que 46,2% dos médicos se declararam indecisos a respeito, o que pode ser explicado pelo fato de se tentar diminuir a influência da indústria farmacêutica nos diferentes âmbitos. Por conseguinte, em nosso país e no exterior, boa parte das publicações científicas passaram a exigir declarações dos autores sobre a existência de ligações com as companhias, conflito de interesses, além de declarações sobre financiamento das pesquisas ou dos artigos a serem publicados. No entanto,

essa ação parece ser ineficaz uma vez que o conceito de conflito de interesses difere muito entre os profissionais e somente uma declaração não esclarece completamente o vínculo com a indústria[16].

A revisão por pares, ou seja, profissionais incumbidos de ler e atestar a fidedignidade de pesquisas a serem publicadas é uma solução que, do mesmo modo, parece não funcionar, pois muitas vezes os vieses não são percebidos, pois os editores de jornais não têm acesso a informações relevantes sobre a pesquisa.

Com relação aos consensos, um processo alternativo está sendo usado nos EUA quando há evidências de conflito. Os especialistas com ligações com a indústria participariam apenas como testemunhas, não podendo ter poder decisório nas condutas propostas[5].

No entanto, a questão de condenar ou não a interação com a indústria torna-se bastante complexa, principalmente no que tange às prescrições, existindo a presença de variáveis sociais, situacionais e psicológicas que convergem para fatores clínicos e farmacológicos[4].

Para orientar a interação da indústria com estudantes, residentes e médicos, há normas desenvolvidas pela Associação Médica Americana e pela Associação Médica Americana de Estudantes[4,19]. No entanto, as informações passadas aos estudantes foram consideradas escassas e, mesmo que as escolas médicas tivessem recomendações escritas sobre a interação com a indústria, novamente a maioria dos estudantes as desconhecia[20].

Em nosso meio, o Conselho Federal de Medicina (CFM), com o intuito de regulamentar e disciplinar as relações existentes entre a indústria farmacêutica, com suas propagandas de equipamentos e produtos farmacêuticos, e a classe médica, elaborou a Resolução CFM 1.595/2000. De acordo com esta resolução, o CFM passou a proibir a vinculação da prescrição médica ao recebimento de vantagens oferecidas por agentes interessados na produção e comercialização de seus produtos. Determinou ainda que os médicos, ao proferirem palestras ou escreverem artigos promovendo produtos farmacêuticos, devem declarar os agentes financeiros que patrocinam suas pesquisas.

Para autores como Smith[1], normas como essas não farão nenhuma diferença e eles propõem que as pesquisas tenham financiamento público e que se estabeleça uma moratória nos periódicos científicos quanto à publicação de pesquisas financiadas pelas industrias farmacêuticas.

A questão da prescrição de medicação torna-se muito complexa quando são examinadas as diversas influências recebidas pelos profissionais, seja por parte da indústria farmacêutica e de seus representantes, seja pelos aspectos econômicos, clínicos e pelos próprios pacientes. Diante deste quadro surgem ainda questões relacionadas à medicina baseada em evidências, que prega decisões apoiadas em estudos randomizados e controlados, visando ao chamado "custo/benefício", tirando a ênfase do médico na intuição e na prática de uma clínica assistemática.

Durante um certo período, a literatura científica de um modo geral deu grande importância à medicina baseada em evidências. No entanto, inúmeras críticas surgiram em relação a este modelo e, conseqüentemente, aos consensos de tratamento, porque observou-se que os pacientes muitas vezes não se encaixavam nos modelos criados e, além disso, a própria relação médico/paciente ficava prejudicada na medida em que se passou a não considerar mais o paciente com particularidades próprias. Deste modo, a medicina perderia então a subjetividade envolvida e exigida no tratamento dos pacientes[21].

Essa questão torna-se ainda mais intrincada se pensarmos na psiquiatria, na qual algumas questões se impõem. Como classificar e medicar pacientes cujas doenças apresentam critérios subjetivos, segundo pesquisas e estudos com pacientes rigorosamente selecionados, e que podem não corresponder à realidade e aos valores dos pacientes? Assim, a introdução de consensos e da medicina baseada em evidências na prática de cuidados da saúde mental não afetaria apenas a autonomia e a confiança do paciente, mas também a autonomia dos profissionais, que estariam "sob pressão" para trabalhar de acordo com os consensos desenvolvidos. Como resultado, o espaço de independência, julgamento profissional baseado na prática e afinidade com um tratamento em particular, seria menor. Apesar de poder prevenir

decisões impróprias de tratamento, não haveria possibilidade de divergências, frustrando o terapeuta e o paciente em seus esforços para fazer o que consideram mais apropriado[21].

Neste processo de padronização da psiquiatria, a efetividade tornou-se palavra de ordem. Os tratamentos e prescrições são profundamente influenciados por fatores externos, como a indústria farmacêutica e seus financiamentos, inclusive por opiniões de profissionais que têm elevado conceito profissional, enquanto as pesquisas tornam-se questionáveis do ponto de vista ético e duvidosas quanto aos seus resultados.

II – Relações com a indústria do álcool

As empresas produtoras e distribuidoras de bebidas alcoólicas tentam, freqüentemente, vendê-las como se tratassem de mercadoria comum, reivindicando direitos e privilégios iguais aos dos produtores e distribuidores de outros produtos alimentícios. Isto, inclusive, fica evidente quando se observa a propaganda que fazem de seus produtos[22]. Entretanto, este quadro apresenta características próprias e intrincadas.

Como bem lembram Room, Babor e Rehm em sua revisão[23], o consumo do álcool se associa a mais de 60 doenças e causa quase tantas mortes e incapacitação quanto o tabaco e a hipertensão arterial. Mais ainda, por causa de sua capacidade de produzir embriaguez[24], o uso excessivo de álcool causa mais agravos à saúde e mortes que a própria dependência alcoólica, incorretamente tida como a preocupação maior. Assim sendo, as bebidas alcoólicas não podem ser tratadas como um bem de consumo qualquer.

Como é possível beber dentro de níveis saudáveis, ou com poucos riscos, a abordagem da situação é ainda mais complexa. Quantitativamente, conceitua-se o "beber problemático" o consumo de dois ou mais drinques para mulheres ou três ou mais drinques para homens, com freqüência de uma ou mais vezes na semana e quando ocorrem pelo menos mais um dos seguintes fatos: vivência de alguma

conseqüência nociva do uso de bebidas durante os últimos doze meses do inquérito ou presença de dependência ao álcool.

O padrão de consumo chamado de "beber se embriagando", o *binge drinking* da literatura inglesa, também pode ser traduzido por "beber tomando porre" ou "ficando de fogo", já que há a embriaguez com ou sem intenção inicial. Este padrão é definido pelo uso de três ou mais drinques, por ocasião, para as mulheres ou consumo de cinco ou mais drinques, por ocasião, para os homens[25]. Esse modo de beber é ocorrência comum e, também, a causa principal de morte e de outros eventos graves como violência, brigas, afogamentos, fraturas e outros traumatismos.

Assim sendo, há inúmeras propostas políticas com o objetivo de proteger a saúde pública com o controle da ingestão de álcool[24, 26]. Tais medidas visam diminuir o consumo na população e os possíveis danos, tais como: 1) *aumento de preços e taxação,* uma das medidas mais baratas e efetivas de prevenção; 2) *diminuição da oferta*, com a exigência de alvará para a venda de bebidas, idade mínima para compra e consumo, nível máximo de álcool no sangue ao dirigir e punições para quem dirigir alcoolizado; 3) *proibição de propaganda* nos meios de comunicação, especialmente a feita em horário nobre na televisão, que cria um clima social de tolerância e estimula o uso do álcool, visando nitidamente aumentar o consumo global, e, principalmente, 4) o *cumprimento efetivo dessas leis*. No entanto, a bebida alcoólica é um produto de venda legalizada e, como tal, seus representantes possuem interesses comerciais e financeiros.

Constata-se que apesar dos avanços científicos, os problemas do álcool continuam a representar um desafio à medicina e à saúde pública, em parte porque as medidas de saúde pública, dirigidas à população foram negligenciadas em favor de medidas dirigidas ao indivíduo, que tendem a ser mais paliativas do que preventivas.

Este quadro tornou-se, então, o principal conflito entre a saúde pública e a indústria do álcool, já que a primeira visa à redução do consumo, enquanto o aumento atende os interesses da segunda. Com

o objetivo de encontrar um caminho que favorecesse a ambos os lados, foram criadas organizações financiadas pela indústria de álcool com o objetivo de promover estudos, conferências, publicações e cursos de educação sobre consumo, em uma parceria com o governo e entidades de promoção da saúde pública. No entanto, há muita controvérsia a respeito destas organizações.

Assim, em 1997 ocorreu em Dublin uma reunião entre representantes da indústria, organizações governamentais e órgãos de saúde, para discutir a cooperação entre todos os envolvidos com o consumo de álcool e seus efeitos. Neste encontro, foram desenvolvidos os "Princípios de Dublin"[27], que contém as principais posições das empresas acerca das políticas para consumo de álcool. A plataforma desse documento admite que o abuso de álcool está associado a riscos sociais, para a saúde e segurança do próprio indivíduo e para a sociedade.

Entretanto, de modo geral, o documento é passível de crítica em diversos tópicos. O primeiro, por exemplo, diz que cada membro da sociedade deve assumir sua parte de responsabilidade social e que cada indivíduo tem liberdade para fazer uma escolha informada sobre consumo de álcool. Para tal escolha, o governo, a indústria de álcool, a comunidade científica e os profissionais de saúde pública têm a responsabilidade de trabalharem juntos e adotarem políticas concernentes com as evidências científicas. Em relação ao consumo, o documento diz que o álcool pode ser prejudicial, mas que o beber moderadamente pode ser ensinado, traz benefícios e pode ser prazeroso; portanto, apenas este tipo de consumo deve ser promovido[27].

Em relação às pesquisas, o documento diz que os pesquisadores e a comunidade científica devem ter liberdade para firmar parcerias com as indústrias, organizações governamentais e não-governamentais, assim como a indústria deve dar apoio financeiro a pesquisas independentes que contribuam para o melhor entendimento do uso, abuso, efeitos e propriedades do álcool. Os profissionais envolvidos devem ter padrões profissionais e éticos bem estabelecidos ao conduzir e publicar os estudos, independentemente da fonte financiadora[27].

Para muitos pesquisadores, a formação desses grupos financiados é conveniente uma vez que demonstraria real interesse em educar as pessoas acerca do álcool. No entanto, a parceria, na verdade, seria parte de uma agenda ideológica para influenciar as decisões de políticas públicas[28]. O próprio documento elaborado em Dublin apresenta tópicos dúbios, os quais, provavelmente, atendem aos interesses da indústria.

Primeiramente, a responsabilidade de fazer ou não uso problemático de álcool é colocada em cada indivíduo, excluindo-se todos os fatores sociais e as influências que podem acarretar tal decisão. Como exemplos destas influências há o fácil acesso às bebidas, o baixo preço e as propagandas comerciais que alimentam atitudes positivas em relação ao consumo, *marketing* este que atinge adultos e adolescentes[29]. Em relação às políticas públicas, as indústrias condenam o controle do álcool com a alegação de que isto fere a liberdade de escolha individual e propõem a educação através de cursos, em contradição com as diversas evidências de que estas medidas educativas são ineficientes[23].

O tema das pesquisas é, talvez, o tópico mais emblemático dessa questão. A indústria não tem uma visão imparcial e muitas pesquisas são realizadas com intuito de mostrar apenas os efeitos benéficos do álcool, resultados que são amplamente publicados e não refletem o consenso internacional. Há diversos vieses questionáveis, como é o caso dos profissionais que realizam os estudos, os métodos e a interpretação de resultados, a validade dos instrumentos e a representatividade da amostra. Além disso, os resultados obtidos pelos estudos passam a ser propriedade dos financiadores da pesquisa, que os publicam de acordo com seus interesses[30].

Finalizando, a recomendação do Cremesp é que o relacionamento com a indústria do álcool seja o mais cauteloso possível, semelhantemente ao pronunciamento da Organização Mundial de Saúde que, apesar de ainda não ter uma posição oficial firmada, aconselhou, por intermédio do pronunciamento da diretora assistente em 2006, o seguinte:

"A forma da interação entre o Secretariado da OMS e a indústria das bebidas alcoólicas pode se dar de muitas maneiras, mas a OMS não considera o contexto nos quais tais consultorias ocorrem como constituindo uma real parceria, a qual significa uma atividade formal e juridicamente legal, com riscos comuns definidos e que dá poder igual ou significativo a todos os participantes. A posição do Secretariado da OMS é que tal parceria entre a OMS e a indústria do álcool enfraqueceria a obrigação com a saúde pública desta própria organização".

"Há, sem dúvida, áreas nas quais entidades comerciais têm a obrigação e o dever de fazê-lo. Espera-se a participação da indústria do álcool nas áreas onde a indústria tem um papel crítico e único: o processo de planejamento, produção e empacotamento da bebida alcoólica, o processo da distribuição e *marketing* ao consumidor final, as vendas e os contextos onde se dará o consumo."

Referências bibliográficas

1. Smith R. Medical journals are a extension of the marketing arm of pharmaceutical companies. PLoS Medicine 2005; 2: 364-6.
2. Van Der Weyden MB. Confronting conflict of interest in research organizations: time for national action [editorial]. MJA 2001; 175: 396-7.
3. Henry DA, Kerridge IH, Hill SR, et al. Medical specialists and pharmaceutical industry-sponsored research: a survey of the Australian experience. MJA 2005; 182(11): 557-60.
4. Prosser H, Almond S, Walley T. Influences on GP's decision to prescribe new drugs-the importance of who says what. Family Practica 2003; 20: 61-8.
5. Taylor R, Giles G. Cash interests taint drug advice. Nature 2005; 437: 1070-1071.
6. Genuis SJ. The proliferation of clinical practice guidelines: professional development or medicine-by-numbers. J Am Board Farm Pract 2005; 18(5): 419-25.
7. Choundry NK, Stelfox HT, Detsky AS. Relatiionships between authors of clinical practice guidelines and the pharmaceutical industry. JAMA 2002; 287: 612-7.
8. Thompson DF. Understanding financial conflicts of interest. N Eng J Med 1993; 329(8): 573-6.

9. Sierles FS, Brodkey AC, Cleary LM et al. Medical student's exposure to and attitudes about drug company interactions – a national survey. JAMA 2005; 294: 1034-42.

10. Wofford JL, Ohi CA. Teaching appropriate interactions with pharmaceutical company representatives: the impact of an innovative workshop on student's attitudes. BMC Med Educ 2005; 5(1): 5.

11. Coyele SL. Ethics and Human Rights Committee, American College of Phisicians-American Society of Internal Medicine. Physician-industry relations. Part 2: organizational issues. Ann Intern Med 2002; 136(5): 403-6.

12. Dubovsky ST. Who is teaching psychopharmacology? Who should be teaching psychopharmacology? Academic Psychiatry 2005; 29: 155-61.

13. Rogers WA, Mansfield PA, Braunack-Mayer AJ, Jureidini JN. The ethics of pharmaceutical industry relationships with medical students. MJA 2004; 180(8): 411-4.

14. Dana J, Loewenstein G. A social science perspective on gifts to physicians from industry.. JAMA 2003; 290(2): 252-5.

15. Levitt SD, Dubner SJ . Freakonomics: o lado oculto e inesperado de tudo que nos afeta. São Paulo: Editora Campus e Elsevier; 2005.

16. Watkins C, Harvey K, Carthy P et al. Attitudes and behavior of general practitioners and their prescribing costs: a national cross sectional survey. Qual Saf Health Care 2003; 12: 29-34.

17. Brennan TA, Rothman, DJ Blank L, et al. Health industry practices that create conflicts of intrest – a policy proposal for academic medical centers. JAMA 2006 2006; 295(4): 429-33.

18. Herrera SG, Marroquin MTD, Trota R. Análisis de la relación entre el médico de atención primaria y la industria farmacêutica. Atención Primaria 2004; 34(5): 231-7.

19. Donnan GA, Davis SM, Kaste M. Recommendations for the relationship between sponsors and investigators in the design and conduct of clinical stroke trials. Stroke 2003; 34(4): 1041-5.

20. Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry – is a gift ever just a gift? JAMA 2000; 283: 373-80.

21. Berghmans R, Berg M, Burg M, Meulen R. Ethical issues of cost effectiveness analysis and guideline setting in mental health care. J Med Ethics 2004; 30: 146-50.

22. Munro G. An addiction agency's collaboration with the drinks industry: Moo Joose as a case study. Addiction 2004; 99: 1370-4.

23. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. Lancet 2005; 365: 519-30.

24. Babor TF, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K et al. Alcohol: no ordinary commodity – research and public policy. Oxford: Oxford University Press, 2003.

25. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Medical consequences. Alcohol and women: an overview. In: 10th Special Report to the US Congress on Alcohol and Health: highlights from current research. Washington (DC): US Departament of Health and Human Services; 2000. p. 253-7.

26. Laranjeira R, Romano M. Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. Rev Bras Psiquiatr 2004; 26 (Supl 1): 68-77.

27. Hannum H. The Dublin priciples of cooperation among the beverage alcohol industry, governments, scientific researches, and the public health community. Alcohol & Alcoholism 1997; 32(6): 641-8.

28. MCreanor T, Casswell S. Icap and the perils of partnership (editorial). Addiction 2000; 95(2): 179-85.

29. Casswell S. Alcohol brands in young people's everyday lives: new developments in mardeting. Alcohol & Alcoholism 2004; 39(6): 471-6.

30. Plant M, Vernon B. Ethics, funding and alcohol research. Alcohol & Alcoholism 1996; 31(1): 17.

A violação dos limites na relação médico-paciente

Francisco Lotufo Neto

A passagem da atuação profissional a qualquer outra classe de relacionamento pode ultrapassar os limites da atuação terapêutica. Estes limites podem ser pessoais ou no relacionamento. Por limite pessoal entende-se o espaço pessoal e físico que nos separa das outras pessoas. Limites no relacionamento são comportamentos interpessoais com os quais a pessoa sente segurança e adequação. Por exemplo, atos médicos como apalpar seios ou examinar o reto não fazem parte dos limites do relacionamento social habitual.

Quatro comportamentos são relatados nas estórias de violação de limites:

a) Reversão de papéis (paciente passa a cuidar do profissional);

b) Um segredo (sentimentos pessoais íntimos são compartilhados);

c) Um duplo vínculo (impossível permanecer e sair do relacionamento);

d) Uso de um privilégio profissional (médico usa o paciente para satisfazer uma necessidade pessoal).

Ultrapassagem de limites pode acontecer se, além do relacionamento profissional, ocorrerem relacionamentos sociais, negócios (emprestar dinheiro), relações pessoais (acompanhar alguém a um evento social faz parte de um relacionamento de amizade, mas não entre paciente e médico), cuidados pseudopaternais ou maternais. Deve-se ter

cuidado com auto-revelação, presentes, contato físico, sigilo, relacionamento financeiro (contratar o paciente para serviços, trocar informações sobre negócios, solicitar fundos para campanhas benemerentes), e influenciar opinião do cliente sobre assuntos políticos, religiosos ou de orientação sexual. Além disso, local da consulta, roupas usadas e linguagem podem ser parte desse tipo de problema se forem inadequados.

Quando há o ultrapassar de um limite, em geral, o relacionamento terapêutico é rompido ou fica prejudicado.

Sexualidade

Sexualidade e sentimentos sexuais são aspectos onipresentes na vida. Em uma visão ampla, sexualidade é parte integral da identidade pessoal e profissional, influenciando nossa energia, envolvimento no trabalho e relacionamentos. Não desaparece porque nos tornamos psiquiatras.

Dificuldades nessa área, ou seja, quando se está desconfortável com sentimentos e conflitos sexuais, ou se tenta ignorá-los, podem trazer conseqüências negativas ao cuidado do paciente, impedindo um relacionamento adequado e terapêutico. Por exemplo:

a) Determinado exame ou perguntas podem não ser realizados.

b) Incapacidade de lidar efetivamente com um paciente que procura estabelecer um contato erotizado.

c) Dificuldade para lidar com atração sexual entre psiquiatra e paciente.

d) Confundir ou violar limites, emitir respostas ambíguas, ao ter dificuldade para separar sentimentos de ação.

e) Fortes emoções sexuais podem distorcer nossa percepção e comportamento.

Satisfação e bem-estar profissional podem ser prejudicados por assuntos sexuais não resolvidos. O cuidado clínico é, com freqüência, intensamente íntimo, pois pacientes compartilham segredos, sentimentos e medos muito pessoais. Médicos e médicas podem ter necessidades

não satisfeitas, sentir solidão e falta de relacionamentos fora do ambiente clínico, e isto receber o impacto do trabalho clínico.

Em cada relacionamento, médicos e pacientes devem estabelecer quais os limites adequados. Por exemplo, deve-se beijar um paciente? Quando um abraço tem o significado de um apoio ou ato de boas-vindas, quando é o ultrapassar de um limite? Quando é um comportamento aceito pela cultura, quando carrega outra mensagem ou significado?

Problemas acontecem quando algum elemento do relacionamento médico-paciente se torna ambíguo. Algo no encontro com o paciente é diferente ou não habitual em termos da sexualidade. Quando essa confusão acontece o profissional pode não perceber claramente o efeito que isto tem sobre ele. Consciência de sentimentos ambíguos sobre sexualidade pode indicar que provavelmente houve confusão de limites. A relação com o paciente gradualmente pode-se tornar erotizada. Por exemplo, discussão de temas sexuais, solicitação de exames que exigem contato físico. Nada explícito é dito ou feito, a percepção do profissional não está clara e não consegue ler claramente o que se passa com o paciente.

Se a dimensão sexual do relacionamento com o paciente fica mais explícita, e o profissional passa a algum tipo de ação, ocorreu uma violação do limite. A violação ocorre após discretas confusões de limite. Há um avanço crescente do espaço do paciente que pode culminar no contato sexual.

Um dos principais limites estabelecidos em todos os códigos de ética é o relacionamento sexual entre terapeutas e pacientes:

"Em toda a casa, aí entrarei para o bem dos doentes, mantendo-me longe de todo o dano voluntário e de toda a sedução sobretudo longe dos prazeres do amor, com as mulheres ou com os homens livres ou escravizados." (Juramento de Hipócrates)

Pesquisas anônimas revelam que de 3% a 12% dos médicos e de 1% a 4% das médicas envolvem-se sexualmente com seus pacientes. Isto pode estar associado mais a questões de poder e vulnerabilidade que a sexo.

Consentimento

Mesmo que o paciente seja um adulto e consinta com o relacionamento, há dúvidas quanto ao consentimento ser realmente válido. No relacionamento terapêutico, relações de transferência e contratransferência não estão sobre controle do paciente, além de o médico deter um papel em que exerce poder. O (a) paciente, mesmo que competente, pode estar sob influência de forças psicológicas que prejudicam sua capacidade de escolha. O psiquiatra, também, pode ser possuidor de informações privilegiadas que em outras circunstâncias não estariam disponíveis ou não teriam sido reveladas.

Diversas posições existem sobre se um relacionamento afetivo-sexual é adequado após o término da relação médico(a) – paciente:

a) Nunca deve ser permitido;

b) Um tempo de espera deve ser imposto após o término do relacionamento terapêutico. Questões surgem sobre qual seria o período de tempo adequado e sobre que tipo de relacionamento pode acontecer neste intervalo. Os que defendem a primeira posição alegam que sentimentos fortes entre pacientes e terapeutas podem permanecer de cinco a dez anos após o término da terapia.

c) Uma terceira posição permite relacionamento sexual com um paciente antigo se o relacionamento terapêutico não envolveu psicoterapia ou aconselhamento de longa duração, se o(a) paciente não sofreu abuso no passado, se não é portador de algum transtorno que comprometa sua capacidade de julgamento ou se não era menor de idade ao término do tratamento. Outro impedimento é se o contato sexual ocorreu como resultado do uso ou exploração da confiança, do conhecimento, da influência, ou das emoções derivadas do relacionamento profissional.

Os limites também se aplicam a familiares de pacientes, principalmente pais ou mães de crianças atendidas.

Um problema de relacionamento sexual em geral tem uma estória, que inclui estágios, em que gradualmente a neutralidade é perdida: a sessão fica uma conversa sobre amenidades, o(a) paciente é trata-

do como "especial" (prolongar o horário da consulta, agendá-lo no último horário – quando a recepcionista não mais está), o(a) profissional passa a revelar coisas pessoais e íntimas, início de contato físico (abraços, beijos), contatos fora da sessão (terminar a sessão em um bar ou restaurante, convite para sair) e finalmente o relacionamento sexual.

Médicos(as) vulneráveis podem ser os que passam por período de conflito conjugal, perda de relacionamentos importantes ou em crise profissional. Particularmente vulneráveis são homens de meia-idade, com pouco relacionamento social e proeminentes na sua área de atuação. O risco aumenta com a idade. As especialidades de maior risco são a psiquiatria, ginecologia e clínica geral.

O profissional deve desenvolver consciência de seus próprios sentimentos e necessidades e estar atento aos dos pacientes. Estar consciente de seus próprios sentimentos e aceitá-los, ajuda a diferenciar nossos próprios sentimentos e necessidades dos do paciente e a separar sentimentos de ações.

Barreiras rígidas baseadas em códigos legais ou éticos e educação podem não ser suficientes para coibir esses comportamentos. Assistência psicoterápica pode ser necessária.

Referências bibliográficas

1. Appelbaum PS, Jorgenson NIX, Sutherland PK. Sexual relationships between physicians and patients. Interrial Med 1994; 154: 2561.
2. Council on Ethical and Judicial Affairs. American Medical Association. Sexual misconduct in the practice of medicine. JAMA 1991; 266: 2741.
3. Dreiblatt IS. Health care providers and sexual misconduct. Fed Bull 1992; 79: 8–14
4. Dehlendorf CE, Wolfe SM. Physicians disciplined for sex related offénses. J Am Med Assoc 1998; 279: 1883 1888.
5. Enborn JA, Thomas CD. Evaluation of sexual misconduct complaints: the Oregon board of medical examiners, 1991 to 1995. Am J Obstet Gynecol 1997; 176: 1340–1348.

6. Fahy T, Fisher N. Sexual contact between doctors and patients almost always hannful. Br Med J 1992; 304: 1519 1520.

7. Feldman Summers S. Sexual contact: in fíduciary relationships. In Gabbard GO. Sexual Exploitation in Professional Relationships. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1989. p.193-209.

8. Frankel RM, Williams SS. Sexuality and professionalism. In: Feldman MD, Christensen JF. Behavioral Medicine in Primary Care A practical guide. Stamford: Appleton & Lange; 1977.

9. Gabbard GO, Nadelson C. Professional bourídaries in the physician patient relationship. Jama 1995; 273(18): 1445.

10. Gabbard G, Lester E. Boundaries and boundary violation in Psychoanalysis. New York, Basic Books, 1995. In: Gruenberg PR, Work limits. American Psychiatric Association: The Principles of Medical Ethics with Annotations Applicable to Psychiatry. Wasington, DC: American Psychiatric Association; 2001.

11. Gutheil TG, Gabbard GO. The concept of boundaries in clinical practice: theoretical and risk management dimensions. Am J Psychiatry 1993; 150: 188-196

12. Hall KH. Sexualization of the doctor patient relationship: is it ever ethically permissible? Family Practice 2001; 18: 511-515.

13. Kardener SH, Fuller M, Mensh IN. A survey of physicians' attitudes and practices regarding erotic and non erotic contact with patients. Am J Psychiatry 1973; 130: 1077-1081.

14. New Zealand Medical Council. Policy Statement on Sexual Relationships with Former Patients [on-line]. 2006. New Zealand Medical Council website. Disponível em: www.mcnz.org.nz

15. Searight HR, Campbell DC. Physician patient sexual contact: ethical and legal issues and clinical guidelines. J Fam Pract 1993; 36: 647-653

16. Simon RI. Transférence in therapist patient sex: the filusion of patient improvement and consent. Part 11. Psychiatr Ann 1994; 24: 561-565

17. Simon RI. Therapist patient sex. From boundary violations to sexual misconduct. Psychiatr Clin N Am 1999; 22: 31-47.

18. Zelas K. Sex and the doctor patient relationship. NZ Med J 1997; 110: 60-62.

Ética e Psiquiatria Infantil

Pilar Lecussán Gutierrez

A existência de um campo de saber e prática específico denominado 'psiquiatria infantil' tem sido defendida por profissionais nestas últimas décadas. Fazem parte deste campo áreas do conhecimento humano como a psicologia, a sociologia, a pediatria, a neurologia, a psicanálise. Durante um bom tempo, a psiquiatria infantil foi considerada ciência de importância menor e seu método, basicamente, adultomorfo. A articulação com os campos de saber referidos possibilitou a constituição de um campo específico, integrado aos demais, que tem como objetivo os cuidados à infância e adolescência.

As crianças e os adolescentes raramente procuram um psiquiatra. São levados pelos pais ou responsáveis. Este dado, cotidianamente verificado na prática de quem se dispõe a recebê-las, determina que as questões éticas relativas ao atendimento dessa população adquiram complexidade extra. Todas as discussões a respeito da autonomia, beneficência, maleficência, responsabilidades, privacidade e de sigilo passam a situar-se em um contexto singular: além do profissional e do paciente há um terceiro que faz demandas a ambos e, provavelmente, é o responsável pelo início e manutenção do atendimento (seja em termos econômicos, de acesso, de informação, etc.).

A que demanda o profissional deve responder? A da família ou responsáveis ou a do paciente (muitas vezes inexistente, ou não necessariamente

sintônica, com a da família)? Como deveríamos atuar para levar em conta projetos, objetivos e expectativas dos responsáveis e das crianças e adolescentes (muitas vezes antagônicos), mantendo uma postura ética que contemple a ambos? Tais dúvidas fazem parte da prática do psiquiatra infantil e as respostas não estão dadas *a priori*: devem ser construídas e, certamente, serão configuradas pelos referenciais morais e técnicos que o profissional e a sociedade adotem a esse respeito.

A Ética é o campo do conhecimento e da prática que se refere ao que é justo, correto, certo. Tem, portanto, um tempo, uma história, uma cultura. O que nos parece correto hoje pode não tê-lo sido em outros tempos, em outros grupos sociais, em outras latitudes. Essa consideração alcança dimensões muito mais evidentes quando consideramos a infância e a adolescência e as diferentes e mutáveis possibilidades de conceituação desses momentos da vida dos seres humanos e do que se considera normal ou patológico para eles.

A psiquiatria tem, entre outros, o objetivo de compreender as manifestações do psiquismo e tratar as situações consideradas patológicas, promovendo o alívio do sofrimento. Henri Ey[1] considera que o tratamento psiquiátrico deve contribuir para o crescimento, a liberdade e o amadurecimento emocional dos pacientes, aspectos de importância evidente se pensarmos nos pacientes infantis e adolescentes. Essas são metas que ultrapassam a remoção dos possíveis sintomas e abrem a discussão que aponta para os valores, os juízos, as diretrizes e os conceitos acerca do que é adequado, desejado, correto, enfim, normal, para determinada criança ou adolescente e sua família (e seu psiquiatra).

Crianças e adolescentes (pacientes singulares)

De acordo com Lucimeire Kotsubo[2], "as crianças de hoje não são as mesmas de antigamente". O olhar sobre a criança, seu lugar na cultura e sociedade está em constante mutação.

No decorrer da história, a definição de infância foi modificada em função de ideologias que não necessariamente têm em comum a idade como referencial, mas sim, por exemplo, o trabalho. Segundo o Código

Napoleônico, de que somos herdeiros, define-se como criança aquele que não trabalha. Antes disso, a criança era vista, na melhor das hipóteses, como um adulto em miniatura.

O conceito de infância passa a ser construído a partir da Revolução Industrial, que constitui o marco inicial da Idade Moderna, ao mesmo tempo que o estabelecimento da burguesia como classe social, política e econômica, processo iniciado com a Revolução Francesa. A mentalidade moderna permitiu que se estruturassem as noções de indivíduo e pessoa ao mesmo tempo em que se estabelecia a valorização da família nuclear e da vida privada.

A criança, que antes participava de todas as atividades da comunidade e ficava exposta a todo tipo de experiência, passa a ser considerada um ser frágil, imaturo, próprio para ser educado, corrigido, vigiado. Deixa as ruas, passando a habitar o espaço da casa e da escola. De um ser essencialmente igual ao adulto, a criança torna-se um indivíduo que necessita de proteção e tutela. Neste referencial, a criança é um sujeito frágil, imaturo, próprio para ser educado, corrigido, vigiado, não sabe o que é melhor para ele e necessita de um adulto para decidir por ele.

Muito embora esse referencial continue configurando, em boa medida, a forma das relações da sociedade com a infância, alguns acontecimentos contemporâneos vêm construindo um cenário diferente do descrito:

I. Do ponto de vista legal, o estabelecimento e aprimoramento das legislações relativas aos direitos civis e humanos que contemplam a infância e a adolescência. Neste sentido, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)[3] representa o mais importante documento atual referente ao assunto.

II. Do ponto de vista da compreensão e conhecimento psicológico dessa fase da vida, a consolidação da Psicanálise, que aporta conhecimentos acerca do desenvolvimento da personalidade e das características de estruturação do sujeito infantil.

Essas duas vertentes do conhecimento estabelecem que a criança

não é um ser inacabado e que a particularidade da infância não diz respeito a essências, mas que está relacionada a uma temporalidade, durante a qual o sujeito se estrutura. Também, que este sujeito que se estrutura tem direitos e deveres de acordo com suas particularidades de desenvolvimento.

Considerações semelhantes podem ser feitas em relação à adolescência. Para A. Colli, a conceituação contemporânea considera que esse período da vida "é uma fase de transição gradual entre a infância e o estado adulto, que se caracteriza por profundas transformações somáticas, psicológicas e sociais"[4].

A definição é considerada pelos especialistas tarefa difícil, tendo em vista a variabilidade individual e populacional com que muitas dessas modificações se apresentam. Entretanto, os autores são concordes de que na relação médico-adolescente o preceito a ser observado é o do respeito à individualidade. Este se apresenta como um aspecto fundamental no trabalho terapêutico de ajudar o jovem a desenvolver uma responsabilidade gradativa sobre sua vida e saúde, possibilitando com que ele se assuma, progressivamente, como um indivíduo autônomo e comprometido consigo mesmo e com sua comunidade.

Esta visão de infância e adolescência vai configurar uma posição ética que leva em conta as possibilidades desse sujeito e as relações com o grupo familiar no qual ocorre o processo de desenvolvimento. Portanto, as questões éticas que surgem no atendimento a crianças e adolescentes terão sempre como referenciais o desenvolvimento da criança e do adolescente, sua capacidade cognitiva, seu grau de autonomia, os valores de sua família, a idéia que o profissional tem de sua capacidade e competência, as normas legais vigentes, a escola, o lugar que o adolescente ocupa no grupo social.

Principais questões éticas

1) O contrato terapêutico

Referindo-se à pessoa da criança, Maud Manoni afirma: "A perturbação de que se fala é objetivável, mas a queixa dos pais, se tem por

objeto a criança real, implica, também, a representação que o adulto se faz da infância. A sociedade confere à criança um estatuto porque a encarrega de realizar o futuro do adulto: a criança tem por missão reparar o malogro dos pais, realizar-lhe os sonhos perdidos"[5].

A fala descrita acima nos lembra da importância de se fazer uma boa escuta das demandas de criança e família e de se identificar, a cada momento, qual delas deve ser contemplada durante o seguimento. O que se espera desse tratamento, a criança ou o adolescente desejado por seus familiares ou o alívio do sofrimento e a facilitação de um processo de desenvolvimento o mais amplo possível, rumo a um sujeito autônomo e íntegro, dono de seu destino?

Do ponto de vista ético, o profissional deve estar advertido das expectativas trazidas pelos familiares e atuar no sentido de situá-las em um cenário de possibilidades reais que inclua a criança ou o adolescente como um sujeito a ser levado em conta, desde o início do processo. Esta consideração determina que crianças e adolescentes devem ser incluídos, na medida de suas possibilidades de desenvolvimento, na construção do contrato feito no início do atendimento e em todas as ocasiões em que venha ser modificado.

Estratégias devem ser pensadas para envolver famílias e crianças e adolescentes na construção desse contrato. A informação quanto às reais possibilidades do seguimento, as limitações, seus benefícios e possíveis riscos, é uma boa maneira de implicar familiares e pacientes e de criar um referencial que possa ser retomado sempre que surgir uma variável ou fato novo.

Essas estratégias vão variar com a idade do paciente, seu desenvolvimento, sua capacidade e autonomia para tomar decisões, o lugar que ocupa em sua família e como esta o considera. O importante é não desconsiderar que os pacientes infantis ou adolescentes devem ser parte do contrato e da continuidade do tratamento[6].

Há algumas situações que determinam considerações particulares:

a) Crianças e adolescentes cujos pais são separados. Embora o responsável legal possa ser um dos genitores, cabendo a ele as decisões

de caráter legal, do ponto de vista ético e, muitas vezes, técnico, é conveniente envolver ambos no contrato de tratamento e no seguimento, na medida do possível.

b) Situações que envolvem emergências, riscos do paciente ou terceiros. São situações excepcionais. O profissional está liberado da necessidade de obter o consentimento do paciente, devendo atuar a partir de sua suposição do que é melhor para ele, em seu melhor interesse.

c) Crianças ou adolescentes psicóticos, em fase de agudização ou com condição clínica que comprometa sua capacidade de tomada de decisões. As intervenções e o direcionamento do tratamento devem ser decididos junto aos responsáveis por eles, não deixando de incluí-los assim que suas condições clínicas o permitam. Este contrato deve contemplar questões referentes a responsabilidades pelo tratamento, honorários, freqüência das consultas, fluxo das informações, condutas diante de novos acontecimentos, etc.

2) Confidencialidade

A confidencialidade é um dos pressupostos da psiquiatria. Está na base da confiança que configura a relação médico/paciente e é essencial ao trabalho psiquiátrico. Se não há dúvida quanto a esta afirmação quando se pensa no trabalho com o paciente adulto, o mesmo não se verifica no atendimento a crianças e adolescentes. Entretanto, a dúvida não se encontra na essência dessa afirmação, mas sim na dificuldade de sua implementação.

A criança e o adolescente, embora sujeitos singulares, encontram-se, em diferentes graus, sujeitos a uma instância tutelar, representada pela família (ou Estado), ou seja, têm sua autonomia relativizada por sua fase de desenvolvimento e dependência real. Portanto, no atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes, a confidencialidade e o sigilo devem ser discutidos e negociados entre a família, o paciente e o profissional[7].

As informações solicitadas pelos responsáveis quanto ao andamento do tratamento ou outras questões devem ser discutidas por ocasião

do contrato e a cada momento com os envolvidos. O nível de sigilo que o profissional vai manter em relação aos conteúdos aportados pelo paciente também deve ser negociado e explicitado por ocasião do contrato.

Estas colocações reconhecem o direito que os responsáveis têm às informações quanto ao andamento do tratamento, mas também reconhecem o direito à privacidade de pacientes infantis e adolescentes. Portanto, a proposta ética é a negociação e explicitação dos pressupostos acordados entre os envolvidos.

No atendimento de adolescentes essas questões adquirem importância extra em função do lugar especial que ocupam na família e na sociedade e da relevância, para o próprio estabelecimento de um tratamento, que a construção de um terreno confiável significa.

O Código de Ética Médica, expressando a preocupação com essas questões, estabelece no art. 103, cap. IX que: "é vedado ao médico revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente."

O conceito de "menor maduro", que está sendo cada vez mais aceito e defendido por profissionais e sociedade, tenta dar contornos mais adequados à relação entre competência legal e capacidade de tomar decisões, que de fato é a essência da questão.

As exceções a essas considerações são bem conhecidas e aceitas em geral:

a) Pacientes que se colocam em risco ou colocam em risco a terceiro. Situação de difícil manejo para o profissional que deve tomar decisões que implicam na quebra do sigilo. A escolha deve levar em conta a proteção à vida de seu paciente ou de terceiros e o risco de interrupção da relação de confiança e, muitas vezes, do próprio tratamento.

As questões que envolvem a quebra do sigilo profissional estão longe de serem apreciadas de maneira consensual pela sociedade e sempre determinam amplas discussões. Quando esta discussão envolve

um ser parcialmente autônomo ou legalmente competente, como a criança e o adolescente, acrescentam-se aspectos referentes à responsabilidade que o adulto tem de cuidar deste sujeito. Freqüentemente, esta responsabilidade se situa acima da consideração ética da preservação do sigilo.

O conhecimento clínico e técnico, a experiência e vivência profissional, o estabelecimento de uma história prévia com seu paciente e família, a oportunidade de troca de experiências com seus parceiros, a existência de espaços que permitam as discussões éticas podem servir de apoio aos profissionais nas tomadas de decisões em assuntos tão complexos.

b) Suspeita de que a criança ou o adolescente estão sendo vítimas de qualquer tipo de abuso. Esta situação tem recebido atenção crescente em nossa sociedade como um todo. Do ponto de vista ético, não parece haver dúvidas consistentes quanto à adequação da quebra do sigilo profissional. Do ponto de vista legal, há a determinação de que o faça, estando estabelecida a autoridade competente (prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente). A existência deste dispositivo não torna a tarefa isenta de angústias e riscos para o profissional, que freqüentemente vê seu trabalho interrompido. Entretanto, a sociedade faz uma escolha em favor da defesa da criança e do adolescente e seus referenciais legais assim o estabelecem, determinando que se afastem os fatores que possam ser entendidos como comprometedores de seu desenvolvimento

3) Uso de medicação específica

A tendência à medicalização do sofrimento psíquico é um fato contemporâneo. A infância e a adolescência não estão à margem deste fenômeno. Com grande freqüência, distúrbios do aprendizado, sintomas reativos a conflitos de toda a ordem, desorganização familiar, gerando sintomas na criança tendem a ser abordados prioritariamente via prescrição de medicamentos.

A crescente quantidade de medicamentos psicotrópicos utilizada em adultos tem sido incorporada ao tratamento de crianças e adolescentes.

Entretanto, a relativa falta de dados confiáveis provenientes de estudos e pesquisas sérios quanto aos critérios, às indicações, às dosagens, aos benefícios e aos riscos de sua utilização tornam seu uso um exercício de experimentação de caráter ético discutível. Desta maneira instala-se um paradoxo: ao mesmo tempo em que temos dificuldades de verificar a eficácia dos psicofarmacos na clínica infantil, não podemos deixar de oferecer-lhes alternativas que podem ser úteis para aliviar seu sofrimento. Assim faz-se necessária a pesquisa clínica de qualidade e enquadrada em normas éticas estritas.

As diferenças estruturais, a dinâmica psíquica singular, em constante mutação, e as particularidades objetivas (por ex., o metabolismo diferente) entre os dois grupos de pacientes (crianças e adolescentes e adultos) devem determinar o uso judicioso da medicação por parte dos profissionais. O potencial risco em longo prazo do transtorno mental *versus* o risco do uso em longo termo dos psicotrópicos deve ser considerado por familiares, psiquiatra e, sempre que possível, pelo paciente.

Uma vez decidido, o uso de medicamento deve ser negociado com o paciente. Estratégias que optam pelo encobrimento (por ex., dar o medicamento escondido) podem trazer algum benefício imediato, entretanto a médio e longo prazo determinam prejuízo na relação de confiança entre os envolvidos, podendo colocar em risco o próprio tratamento.

Uma prática cuidadosa tem determinado que as intervenções iniciais em se tratando de pré-escolares não devem ser as farmacológicas. As questões referentes à dinâmica familiar e as particularidades do desenvolvimento e suas amplas possibilidades freqüentemente são o melhor cenário de trabalho para o psiquiatra infantil nesta faixa de idade.

Esse assunto adquire importância extra quando se trata de pacientes adolescentes. A necessidade de se estabelecer vínculos de confiança entre paciente, família e psiquiatra (que nestes casos assume um valor terapêutico, muitas vezes) e a perspectiva desejável de que o adolescente se torne um sujeito autônomo e responsável por seu tratamento são as principais determinantes éticas para estas condutas.

Conclusões

Os padrões de conduta éticos descritos acima são fundamentais para o exercício da boa Medicina, não são exclusivos da psiquiatria, assim como a busca de intervenções que promovam a beneficência, o respeito pelo paciente e a justiça na distribuição dos recursos. Entretanto nesta especialidade são mais evidentes os determinantes que levam em conta valores, padrões de conduta, juízos, costumes, a cultura, enfim, que configura as expectativas de famílias e profissionais quanto ao que deve e como deve ser uma criança e um adolescente normal. Atitude aberta para a reflexão e discussão permanente são essenciais para a construção dos parâmetros éticos desejáveis que certamente acompanharão as transformações que a sociedade sofrer.

Para F. Assumpção, "pensar a Psiquiatria da Infância e da Adolescência é, portanto, pensar em sua dualidade com uma vertente científica e outra humana, dentro do aforisma de que é ciência e arte de curar. Assim sendo, as práticas científicas devem ser sempre éticas e, em conseqüência, a verdade e a honestidade passam a ser qualidades essenciais (e não acessórias) em seu exercício. Isso porque pensá-la é refletir sobre os paradigmas da cura e do cuidado, sobre o relacionamento médico/paciente, a compreensão da vida enquanto qualidade, a questão da dor e do sofrimento, a filosofia dos cuidados e, finalmente, os códigos institucionais"[8].

"Os vidros quebram, as molas do sofá arrebentam, as calças rasgam... Não é porque as crianças são perversas. Toda criança tem o direito a uma séria consideração e a uma maneira justa de lidar com suas queixas". Esta reflexão, feita por Janusz Korczak, expressa o que, talvez, seja essencial, do ponto de vista ético, ao profissional da infância: considerar seriamente seu paciente e aplicar a justiça, ao lidar com as suas queixas e as de sua família.

Referências bibliográficas

1. Ey H, Berriard P, Brisset C. Manual de Psiquiatria. 5. ed. Rio de Janeiro: Editora Masson do Brasil; 1981.
2. Kotsubo L. A criança e o infantil. Pediatria Básica. 9ª ed. São Paulo: Editora Sarvier; [s. d.]. Tomo 1.
3. Brasil. Lei n. 8.069, de 17 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Seção 1, p. 13.563.
4. Colli A. Conceito de Adolescência. 9.ed. São Paulo: Editora Sarvier. Pediatria Básica; [s. d.]. Tomo 1.
5. Manoni M. A criança, sua "doença" e os outros. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara; 1969.
6. Moura Fé IA. Conflitos Éticos em Psiquiatria. In: Desafios éticos. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1993. p. 179-192.
7. Saito MI, Leal MM, Silva EV. A confidencialidade no atendimento à saúde de adolescentes: princípios éticos. Pediatria São Paulo. 1999; 21(2): 112-116.
8. Assumpção Junior FB. Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência. São Paulo: Atheneu; 2003.

Internação involuntária em Psiquiatria: legislação e legitimidade, contexto e ação

Mauro Aranha de Lima

O tema (espinhoso) que aqui ora se aborda refere-se a um procedimento médico (a internação psiquiátrica) ensejado contra a vontade daquele a quem pretende beneficiar, o paciente. Já a finalidade e motivação que me levam a escrevê-lo, assestam-se em duas dimensões contextuais: a dimensão que concerne às leis, resoluções, portarias, diretrizes e quaisquer outras normas, ou instruções, elaboradas nos últimos anos por organismos oficiais devida e legalmente constituídos no Brasil; e a dimensão de legitimidade das mesmas, balizada, necessariamente, por referências a um só tempo técnico-científicas e éticas.

A legislação

Os que praticam a psiquiatria, ou as outras disciplinas de assistência à saúde mental, sabem que, nos últimos 25 anos, com o desenvolvimento de novos e eficientes psicofármacos, aliado aos programas interdisciplinares (não-farmacológicos, de atenção e tratamento integrados ao transtorno mental), houve um deslocamento do paciente do regime de internação para o regime ambulatorial e extra-hospitalar. No entanto, deparamo-nos com situações clínicas em que a internação ainda hoje se faz ora prudente, ora mesmo imperativa, devendo o médico indicá-la, procedendo-a mediante o consentimento livre e esclarecido firmado pelo paciente, quando este se encontre capaz de ajuizar e deliberar sobre tal procedimento.

Ocorre, porém, algumas vezes, um conflito de interesses entre médico e paciente, em que este se recusa a submeter-se à indicação formulada por aquele. As condições clínicas propiciadoras dessa recusa são:

1. Paciente com rebaixamento ou estreitamento da consciência (como no estupor catatônico esquizofrênico ou depressivo, no transtorno dissociativo histérico e outros).

2. Paciente com preservação da consciência, mas sem capacidade para uma decisão racional (como nos diversos transtornos delirantes e alucinatórios, e outros).

A decisão do psiquiatra em indicar a internação, esgotados os recursos extra-hospitalares para o tratamento ou manejo do problema ou mesmo perante a gravidade/emergência do caso, acaba por se constituir mais freqüentemente, segundo Taborda,[1] nas seguintes apresentações: presença de transtorno mental (exceto transtorno de personalidade anti-social), além de, no mínimo, uma das seguintes condições:

a) Risco de auto-agressão
b) Risco de heteroagressão
c) Risco de agressão à ordem pública
d) Risco de exposição social
e) Incapacidade grave de autocuidados.

É nas condições clínicas e apresentações acima descritas que o Estado, sob a Lei nº 10.216/2001,[2] confere ao médico especialista, com o beneplácito da família ou responsável legal do paciente, a possibilidade da internação involuntária, mediante comunicação devidamente justificada ao Ministério Público Estadual no prazo de até 72 horas após sua ocorrência, seguida de notificação circunstanciada ao mesmo órgão quando da alta hospitalar.

Na ausência da família, ou em sua não-concordância, pode o Estado (Lei n° 10.216/2001, art. 3º), evocando a figura do pátrio poder, autorizar a internação compulsória, mediante decisão de juiz competente. Coerentemente à Lei n° 10.216/2001, o Ministério da Saúde, sob a portaria nº 2391/ GM/2002[2], prevê, então, quatro modalidades de internação:

1. Internação psiquiátrica voluntária (IPV); mediante consentimento livre e esclarecido.

2. Internação psiquiátrica involuntária (IPI); mediante comunicação ao MPE em até 72 horas.

3. Internação psiquiátrica voluntária que se torna involuntária em sua evolução (IPVI); mediante comunicação ao MPE, em até 72 horas a partir de sua involuntariedade.

4. Internação psiquiátrica compulsória (IPC), mediante ordem judicial.

Essa portaria do Ministério da Saúde também prevê a responsabilidade do gestor estadual do SUS em instaurar uma Comissão Revisora das Internações Involuntárias (IPI e IPVI), que faria o acompanhamento dessas internações, no prazo de sete dias após comunicação pertinente – devendo emitir laudo de confirmação, ou suspensão, do regime de internação no prazo de 24 horas após revisão da internação.

Essa Comissão deve ser multiprofissional, contendo no mínimo:

1. Um psiquiatra ou clínico geral com habilitação em psiquiatria, não pertencente ao corpo clínico do estabelecimento onde ocorrer a internação.

2. Um profissional de nível superior da área de saúde mental, com a mesma condição do anterior.

3. Um representante do Ministério Público Estadual.

Importante ressalvar que a mesma portaria recomenda, embora de forma não obrigatória, a presença na Comissão Revisora de representantes de associação de direitos humanos, associação de usuários de serviços de saúde mental e associações de familiares, inspirando-se nos "Princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental", da Assembléia Geral da ONU em 1991.[3]

É ainda dentro desse espírito pluralista e promotor de cidadania ao portador de transtorno mental, que deve inspirar a todos os que orbitam em torno da assistência à saúde mental, que a Lei n° 10.216/2201

contempla, no artigo 2º, os direitos da pessoa portadora de transtorno mental, os quais citamos, dentre outros, a garantia de sigilo, o livre acesso aos meios de comunicação disponíveis, a inviolabilidade de suas correspondências, a recepção do maior número de informações possível sobre o seu estado e tratamento.

No artigo 4º, a lei estabelece que o tratamento, em regime de internação ou não, deve ter como finalidade permanente a reinserção social do paciente em seu meio. E, para que isso ocorra, a portaria 251/GM/MS/2002[2] prevê as seguintes modalidades terapêuticas em hospital psiquiátrico:

1. Atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros).

2. Atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápicas).

3. Abordagem à família, incluindo orientação sobre o diagnóstico, programa de tratamento e orientação para a alta hospitalar e continuidade do tratamento pós-alta.

4. Preparação do paciente para a alta, garantindo-lhe referência e contra-referência para a continuidade do tratamento em programa interdisciplinar de atenção compatível com sua necessidade (ambulatório, hospital/dia, núcleo/centro de atenção psicossocial), visando propiciar a aderência do paciente e prevenir a ocorrência de novas internações.

A legitimidade

Esta tem, por referência, duas balizas fundamentais, a saber: a técnico-científica e aquela de natureza ética. E essas, só enquanto apontem horizontes de coexistência e superposição, é que acabam por fundamentar a legitimidade da ação ora em análise, a internação involuntária.

No tocante à questão técnico-científica, tomemos o modelo weberiano de ação social,[4] compreendendo a internação involuntária como uma modalidade de ação social que, ainda que incida sobre uma

única pessoa, terá claros pressupostos culturais a regê-la e repercussões de abrangência familiar e comunitária.

Utilizando a linguagem weberiana, a internação involuntária não deverá ser uma *ação* predominantemente *afetiva ou emocional*. Quer dizer, o psiquiatra, sob o impacto ou repercussão emocionais dados por um contexto de crise, a suscitar-lhe natural ansiedade diante de necessárias decisões clínicas prementes e/ou emergenciais, não deve agir precipitada ou impulsivamente. Sua atitude não deverá ser também predominantemente uma *ação tradicional*, ou seja, ancorada apenas em hábitos, costumes e crenças, arraigados no meio social em que vive, de tal forma, às vezes, a antepor, de maneira automática e irrefletida, uma certa deliberação invasiva e intervencionista, truculenta até, sob o pretexto da suposta gravidade da situação clínica que se lhe apresenta. Ambas as ações precedentes, a emocional e a tradicional, tendem a obscurecer a visão do médico para as repercussões futuras indesejáveis de uma internação não referendada pelo próprio paciente.

Segundo Weber, a intervenção médica nesse caso deverá ser, e só se legitimará enquanto tal, uma *ação* necessariamente *racional*, e esta o será a um só tempo *com relação a um objetivo* e *com relação a um valor*.

O *objetivo* (proteção e tratamento), causa final a mover a ação do psiquiatra, dá-se mediante a visada científica, a guiá-lo por referências teóricas atinentes à área das ciências da mente, propondo-se a reflexões e proposições factuais (restritas aos fatos), a formular relações de causalidade a elas pertinentes, interpretações e previsões com abrangência e validade universais. Assim ocorre, a título de exemplo, quando um paciente acometido de um episódio depressivo maior com ideação deliróide de ruína, deseja e planifica um suicídio, a isso se somando uma família que não seja capaz de protegê-lo. Um caso como este aponta, em qualquer grupamento humano das mais diversas culturas, quase impreterivelmente, para um horizonte trágico que devemos evitar, até mesmo porque este tipo de situação clínica costuma remitir de forma completa após tratamento antidepressivo farmacológico em torno de duas a seis semanas.

Já os *valores* a que se deve vincular a propositura de uma internação, ainda que involuntária, devem ser valores atinentes ao meio sócio-cultural em que cresceu e vive o paciente, e praticados por esse. Trata-se, na verdade, da intersecção necessária dos juízos de fato acima analisados aos juízos valorativos do psiquiatra, enquanto ser humano e cidadão, ante um outro ser e cidadão (o paciente), este em sua condição mais singular e contingente. A resultar para o médico uma oportunidade, só ali e só então, de intervir para que essa história única e irrepetível (a do paciente) se recoloque ante um horizonte mais seguro e promissor, o de seu livre desenvolvimento.

Vê-se assim que, se as ciências empírico-formais (como a neurofisiopatologia e a psicofarmacologia) obedecem à universalidade, à previsibilidade e à reprodutibilidade experimental, as ciências ditas da cultura, ou hermenêuticas, buscam um saber crítico sem ser decisivamente fundado, ainda que orientado, pela idéia de verdade. Ora, o ser humano, aquele a quem tratamos, dispõe-se nessas duas categorias científicas: porque ele é, a um só tempo, biológico, racional, social e simbólico. Requer, portanto, para que o conheçamos, a contribuição tanto do referencial explicativo empírico-formal como daquele compreensivo hermenêutico, este mais projetado para o domínio dos significados.[5] Isto sem contar que, sob a idéia de homem genérico (no dizer de Weber, de homem *típico-ideal*), este sim objeto da ciência e da reflexão mais dedutiva, remanesce e opera o homem singular, convocando-nos a um procedimento mais empático, valorativo, indutivo, e até mesmo intuitivo.

Ora, são justamente os valores que consubstanciam a dimensão ética do fazer médico na situação ora em análise. Quais valores? O *direito à vida*, à *liberdade* e à *segurança pessoal*, exatamente aqueles constantes do artigo 3º da Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU) de 1991[6], já contemplados nos "Direitos e garantias fundamentais" da Constituição Brasileira de 1988[7].

Quanto ao direito à vida, penso não ser necessário justificar de que forma uma internação involuntária pode preservá-la. Quanto à segurança, também. Desde, é claro, em ambos os casos, que se pressuponha

tratar-se de um hospital psiquiátrico adequado e conforme diretrizes e normas do ato portaria 251/2002 do Ministério da Saúde.

Quanto ao direito à liberdade, ora, o que aqui pode parecer paradoxal (detê-lo para libertá-lo) não o é em verdade, desde que se trate de uma internação involuntária bem indicada (respeitando-se os fatos e valores intrínsecos ao paciente envolvido nessa intervenção). Apoderar-se da liberdade de alguém para restituir-lhe, mais à frente, essa mesma liberdade. Ora, trata-se, a meu ver, de que durante todo o tempo da internação tanto o médico que a promoveu como o familiar ou responsável que a acatou sejam depositários fiéis da liberdade de outrem. Basta, no entanto, que reflitamos sobre a natureza dessa liberdade: uma só natureza, ainda que sob duas apresentações distintas.

Aplicando-se a matriz aristotélica do pensamento sobre o ser, pode-se inferir dessa liberdade, quando o paciente adoece, que ela se lhe escapa já de uma forma tácita e cabal, como liberdade em ato, porque justamente perdeu a eficiência em discriminar e escolher tudo o que, em condições habituais e estáveis de sua personalidade, teria a possibilidade de fazê-lo. Portanto, a liberdade que só a ele pertence, e de que apenas se é depositário (médico e família) enquanto dure a internação, é liberdade potencial, constitutiva de sua essência mesma de pessoa, representação mental projetada e legitimada por um passado que se viveu e por um futuro que se vai viver. Então, quando no momento de sua alta, a liberdade que se lhe restitui é, esta sim, liberdade em plenitude, potência e ato coincididos, a que lhe é completa e concreta, única e intransferível em seu valor e natureza.

O tema em ação

Procedeu-se a uma análise das internações involuntárias, comunicadas ao Ministério Público Estadual, ocorridas na cidade de São Paulo, em hospitais públicos e privados, entre 04/02/2002 a 27/12/2006, perfazendo um total aproximado de 5.000 internações.

A portaria 2.391/GM/MS/2002 fornece um modelo para o "Termo de Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária" e respectiva

"Comunicação de alta", que inclui, além dos dados de identificação do paciente e do acompanhante / responsável, campos não estruturados para preenchimento (texto livre) relativos a: diagnóstico (segundo sistema CID); motivo da internação; justificativa da involuntariedade; motivo de discordância do paciente quanto à internação; antecedentes psiquiátricos; contexto familiar; justificativa da alta.

Em relação ao diagnóstico, procedeu-se a uma avaliação quantitativa, que revelou a seguintes prevalências, em ordem decrescente, entre todos os pacientes internados involuntariamente.

1. Psicoses não orgânicas e não especificadas (F29) (24,5% dos casos) somadas a outras psicoses não esquizofrênicas, não depressivas e não maníacas (F21 a F29) (3,7%), perfazendo 28,2% dos casos.

2. Esquizofrenia e subtipos (F20): 21,7% dos casos (sendo o subtipo paranóide o mais prevalente (48,8% dos casos de esquizofrenia).

3. Transtorno afetivo bipolar (F31 e subtipos) (16,6%), mais mania ou hipomania unipolares (F30) (1,2%), perfazendo um total de 17,8% dos casos.

4. Transtornos mentais ou comportamentais devidos ao uso do álcool (F10 e subtipos) (9,9% dos casos), mais transtornos mentais ou comportamentais devidos a outras substâncias psicoativas em múltiplo uso (a incluir eventualmente o álcool também) (F19 e subtipos) (6%) ou isoladas (F11 a F18) (0,8%), perfazendo um total de 16,7 % dos casos.

Assim, 84,4% dos casos totais de internação involuntária devem-se aos transtornos mentais acima designados, o que vem coincidir de forma aproximada com a literatura científica internacional[8]. Devendo-se pontuar aqui que esses quatro grupos de transtornos mentais constituem-se também naqueles que mais frequentemente acarretam internações voluntárias.

Quanto aos outros dados constantes do "Termo de comunicação", o método utilizado para a análise foi o de pesquisa qualitativa desenvolvido por Laurence Bardin e descrito em seu livro clássico "Análise de conteúdo", publicado em Paris, em 1977[9]. Consta de basicamente de três etapas: 1. leitura "flutuante", aberta, não estruturada, dos

documentos recebidos, na identificação de problemas, equivocidades, ou das hipóteses emergentes a partir desta leitura; 2. codificação dos dados, mediante inventário e análise das palavras e/ou frases utilizadas pelos médicos no preenchimento, em texto aberto e livre, dos itens acima descritos e respectivas categorizações em unidades temáticas abrangentes quanto aos respectivos significados delas inferidos; 3. inventário, ordenação e redução ao limite das unidades de significação inferidas na etapa 2. Assim fazendo, notamos, entre outros aspectos:

1. Uma grande dificuldade em os médicos discriminarem a diferença de significado, a meu ver sutil, entre "motivo da internação" e "justificativa da involuntariedade"; entre "justificativa da involuntariedade" (e, por decorrência, "motivo da internação") e "motivo de discordância do paciente quanto à internação".

2. O grande número de descritores distintos (palavras e/ou frases utilizadas pelos médicos) para "motivo da internação" (no total, 453) e para "motivo da alta" (no total, 220).

Em face destes resultados, propomos que:

1. O preenchimento de "motivo de discordância do paciente sobre sua internação" continue a ocorrer de forma aberta, porém mais fiel à narrativa do paciente, adquirindo, assim, um caráter mais descritivo do que interpretativo. Além disso, elimina-se a equivocidade entre este item e "justificativa da involuntariedade".

2. O preenchimento de "motivo da internação", "justificativa da involuntariedade" e "motivo da alta" passem da forma aberta e livre para uma forma semi-estruturada, de modo a proporcionar: (i) que o médico continue a expressar livremente sua avaliação e julgamento sobre o caso em questão; (ii) menor ocorrência de equívocos quanto às diferenças de sentido entre cada um dos itens, oferecendo outros descritores cabíveis para cada um dos itens, talvez mais apropriados, mas que podem passar despercebidos, a depender apenas da perspicácia e memória do médico no momento do preenchimento; (iii) oferecer ao Ministério Público Estadual um inventário mais reduzido e fidedigno de descritores, ou unidades de significação, otimizando a

especificidade e validade da análise e interpretação dos dados (10 descritores para "motivo da internação", 7 para "justificativa da involuntariedade" e 12 para "justificativa da alta").

Termino a abordagem do presente tema destacando uma das diretrizes federais (Portaria 2.391/2002, artigo 10) em torno à aplicação da Lei n° 10.216/2001, que versa sobre a comissão multiprofissional revisora das internações involuntárias, e que parece não encontrar a suficiente aderência e execução não só pelos hospitais, como pelos gestores do SUS, acrescendo-se a isso a sua não abrangência relativa aos hospitais privados. Assim, a sua não aplicabilidade vem, nesse caso, comprometer a inteireza e organicidade da Lei n° 10.216/2001, nos implícitos desdobramentos da mesma, e justamente no que lhe consolida a sua legítima intenção e que concerne mesmo ao espírito da lei, ao seu significado e importância.

Realço aqui, neste sentido, a sua propriedade e importância. Relembro a figura do que já conhecemos como "segunda opinião independente", ainda que de uso pouquíssimo freqüente no Brasil. Ocorre em situações clínicas geradoras de condutas médicas potencialmente não consensuais ou em situações clínicas geradoras de grande risco ao paciente quanto à sua vida, saúde e, eu acrescentaria, aos seus mais caros valores. Trata-se de o próprio médico assistente ou o responsável pelo paciente solicitarem uma revisão da avaliação e da conduta proposta a outro colega independente, de preferência de outra instituição ou escola médica.

É claro que, idealmente, melhor ainda seria uma segunda-opinião colegiada, como a proposta pela portaria 2.391/2002, envolvendo, além do médico psiquiatra, um profissional de saúde mental, não-médico e de nível superior; ambos, preferencialmente, de outra instituição, para chancelar ou desaconselhar a internação involuntária. Afinal, trata-se de uma situação clínica sujeita a diferentes pontos de vista, em que se deve pretender e garantir o mais sutil equilíbrio, na conduta do agente (o médico), entre os princípios da beneficência e da não-maleficência (que o movem) e o princípio da autonomia, a que o principal receptor

da ação (o paciente) deverá ter, no limite de sua possibilidade, intransferível e soberano direito.

Trata-se, insisto, aqui e em tantos outros desdobramentos possíveis da Lei n° 10.216/2001, de perceber, afinal, o imperativo essencial que dela se depreende: o de estender ao limite possível a autonomia da pessoa portadora de transtorno mental, a sua liberdade de escolha e de ação, mas até onde essas e outras liberdades não estejam, elas mesmas, silenciadas e abatidas por uma imposição maior da natureza (o adoecer), a tornar-lhe pessoa acometida (paciente) e a ameaçar-lhe a vida ou o retorno à sanidade.

Contudo se, às vezes, é bastante tênue a fronteira entre "doença" e não-doença, entre autonomia e sujeição da pessoa/paciente, e ambígua a distinção entre o que deve caber à pessoa e o que deve caber ao paciente, digamos já que essa ambigüidade é apenas aparente, posto ser uma ambigüidade mais do tempo do que propriamente do ser. É aí, decerto, que se diga, perante tantas polaridades em um conflito apenas ilusório, que: entre tratar a doença ou a pessoa, tratando-se esta, cuidando-se desta, decorre que se trate aquela. Entre as convicções e as dúvidas, que se acolha de bom grado estas, porque elas sempre hão de aperfeiçoar aquelas. E quando se fizerem imperativas uma deliberação e conduta, que estas se façam menos de uma só convicção e mais de um juízo aproximado, dado pela virtude da razão crítica, pluralista e compartilhada. Porque as opiniões, no mais das vezes, serão contrárias, o que não implica serem contraditórias.

Referências bibliográficas

1. Taborda JGV, Prado-Lima P, Busnello ED. Rotinas em Psiquiatria. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p. 280-96.
2. Cf. Internet, www.cremesp.org.br (legislação federal).
3. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.407, de 8 de junho de 1994. Adota os princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental [on-line]. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jun. 1994. Seção 1, p. 8799. [Acessado em: 20 abr. 2007]. Disponível em: www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=2981
4. Aron R. As etapas do pensamento sociológico. São Paulo: Martins Fontes; 2002. p.785-857.
5. Ladrière J. A articulação do sentido. São Paulo: EPU/EDUSP; 1977.
6. Cf. Internet, www.onu-brasil.org.br
7. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. São Paulo: Editora Saraiva; 2000.
8. Stein G, Wilkinson G. General adult psychiatry. London: Gaskell; 1998. v. 2. p.1274-1333.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa, Pt: Edições 70; 2004.

Suicídio e Ética

Ibiracy de Barros Camargo

A avaliação de pessoas que apresentam pensamentos e ações suicidas é a principal responsabilidade do psiquiatra em situações de emergência. Nos EUA, é a ação legal vista com maior freqüência no atendimento psiquiátrico. No conflito entre os princípios de respeito pela autonomia do paciente e de beneficência e não-maleficência do médico (como no contraste entre o desejo de morrer do paciente e o imperativo médico para preservar a vida), este último deve prevalecer, de acordo com a forte opinião ética atual. Sustenta-se que os psiquiatras têm a obrigação de intervir nas tentativas de suicídio, seja prevenindo-as ou interrompendo-as, tendo em vista o compromisso com a inviolabilidade da vida[1,2,3].

Na medida em que a sociedade passa a utilizar mais os serviços psiquiátricos, ela manifesta uma vontade maior de responsabilizar os psiquiatras pelo atendimento que fornecem. Quando profissionais de saúde cometem um ato de negligência que resulta em dano para um paciente sob os seus cuidados, eles podem ser responsabilizados por má prática médica ou mesmo sofrer uma ação civil. O Código Penal vigente no Brasil dispõe de duas possibilidades em que a intervenção médica pode ocorrer à revelia do paciente, sem que isso caracterize constrangimento ilegal: 1- O ato médico realizado em caso de iminente risco de morte; e 2- A ação voltada para evitar o suicídio.

Medidas defensivas devem ser consideradas fortemente quando pacientes com risco de suicídio no curso do tratamento são avaliados/tratados, pois a falha em documentar as avaliações no prontuário ou na ficha de atendimento médico de modo criterioso e atualizado pode deixar o psiquiatra vulnerável diante da algum litígio subseqüente. Nos litígios por imperícia, por exemplo, a regra é: "Se não escreveu, não aconteceu". Descrever as condições clínicas do paciente, os elementos de tomada de decisão – tais como, os riscos e benefícios de planos alternativos de tratamento – é dever do médico e direito do paciente saber. Sempre que possível, os pacientes devem ser informados sobre o imperativo legal de o psiquiatra romper o sigilo, se as circunstâncias assim determinarem.

Estudo realizado no Brasil, em 2000, com psiquiatras portadores de Título de Especialista pela Associação Brasileira de Psiquiatria[4], mostrou que, entre 48 habilidades necessárias à prática psiquiátrica, a habilidade "Avaliar riscos relacionados a cada patologia com ênfase ao suicídio, homicídio e comportamento potencialmente perigoso" ocupou o topo da classificação pelos respondentes. O mesmo aconteceu frente a 51 itens de conhecimentos necessários, em que conhecimento "Avaliação e conduta nas emergências psiquiátricas" também ocupou o topo da classificação nesse quesito. Os resultados desse estudo original poderiam significar que os psiquiatras brasileiros estão muito atentos para tais avaliações nas emergências.

Embora as estatísticas variem, aproximadamente 15% dos atendimentos nas salas de emergência dos hospitais gerais são feitos a pessoas que têm pelo menos um moderado grau de ideação suicida e/ou cometeram uma tentativa ou gesto suicida recentemente. No caso de ambientes especializados em emergências psiquiátricas, este índice é ainda mais alto, na medida em que a demanda pelo atendimento é maior.

Como na população psiquiátrica geral (isto é, considerando todas as categorias diagnósticas) o suicídio é um evento raro, o perigo é facilmente desconsiderado. Os fatores demográficos de risco

identificam muito mais pacientes com potencial suicida do que com risco iminente de morrer.

Não existe sinal patognomônico de suicídio. A depressão é o antecedente mais comum, mas precisa ser grave para resultar em suicídio. A presença de sentimentos de desesperança pode ser um indicador mais sensível do risco de tentativa de suicídio do que a depressão em si. Nas últimas décadas, muitos estudos procuraram estabelecer correlações epidemiológicas, porém inexiste "teste de suicídio" que possa avaliar subgrupos com taxas mais elevadas de suicídio, comparativamente à população em geral, ou indicadores específicos para tentativas de suicídio. Controlar a possibilidade de suicídio de um paciente requer tratamento cuidadoso e individual, assim como o possível envolvimento da família do paciente[5].

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, em 2020, aproximadamente 1,53 milhão de pessoas no mundo morrerão por suicídio. Isto representa um caso de morte por suicídio a cada 20 segundos e uma tentativa de suicídio a cada dois segundos. Estes números indicam um índice de suicídio maior do que em todos os conflitos armados, correspondendo, em muitos países, a um número igual ou maior do que o de morte em acidentes de trânsito[6].

Nos EUA, o suicídio é considerado a 11ª causa de morte. No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, a taxa cresceu 15,3% entre 1994 e 2004, e o suicídio já vem sendo considerado um problema de saúde pública. O aumento dos índices entre jovens de 15 e 25 anos é preocupante, a ponto de o Brasil ser o primeiro país da América Latina a ter uma ação nacional voltada à prevenção do suicídio.

O suicídio pode ser considerado o mais grave dos dilemas éticos da medicina. Não é uma entidade nosográfica, mas uma complicação terminal, fatal, comum a certo número de transtornos psiquiátricos. Não existe uma única causa de suicídio. Ao contrário, trata-se de um fenômeno multideterminado que resulta da interação complexa entre fatores sociais, interpessoais e psicológicos e que raramente ocorre na ausência de uma doença psiquiátrica[7].

O paciente que comete suicídio enquanto se encontra em tratamento médico

Alguns estudos estimaram que entre 20% e 68% dos psiquiatras perderão um paciente devido ao suicídio. Ocorrências dessa ordem podem dar margem à adoção de procedimento judicial movido pelos familiares do paciente contra o médico assistente, sob alegação de negligência profissional[8].

Como norma aceitável de atendimento, uma avaliação do risco de suicídio deve ser feita em todos os pacientes, independente de apresentarem ou não ideação suicida. A falha em avaliar corretamente o risco de suicídio ou de implementar um plano preventivo adequado para evitá-lo, tão logo um indício seja identificado, poderá responsabilizar o profissional em caso de o paciente ferir-se. Por exemplo, é um equívoco clínico igualar a ausência de risco de suicídio a uma negação da ideação suicida, mesmo se o paciente estiver dizendo a verdade.

Sabemos que um paciente corre maior risco de suicídio quando determinados fatores, como a impulsividade, apresentam-se de maneira acentuada. A literatura, inclusive, tem tratado freqüentemente de escalas e inventários de avaliação do risco de suicídio. O psiquiatra, no entanto, nunca deve adotar esses instrumentos como substitutos de uma avaliação completa do risco de suicídio. Nenhuma lista de checagem pode englobar os fatores de risco obtidos por meio de uma compreensão psicodinâmica do paciente [9].

O médico tem o dever de informar o paciente acerca do diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento. Essa é a regra, em respeito ao direito do paciente de saber. Há, porém, uma exceção: quando fica claro que a comunicação direta ao paciente pode provocar-lhe algum dano, as informações devem ser dadas ao seu responsável legal (art. 59 do Código de Ética Médica[10]), que não é o caso do paciente suicida ou potencialmente suicida. Neste caso, a comunicação sempre deve ser clara e direta, informando, entre outras coisas, do tratamento recomendado, das alternativas de tratamento e de seus respectivos riscos e benefícios.

O médico também deve ter conhecimento dos sistemas de apoio específicos existentes, como os Centros de Valorização da Vida. Essas instituições dispõem de profissionais de saúde mental não-médicos e voluntários treinados que podem ser de valiosa ajuda aos pacientes. Vários municípios brasileiros estão começando a implantar Centros de Prevenção ao Suicídio, coordenados pela OMS.

Um problema especial é o papel do médico junto à família sobrevivente de um suicídio consumado. Muito se pode e se deve fazer nesses casos. A maioria dos sobreviventes luta com uma série de sentimentos intensos. Choque, descrença, tristeza, vergonha e raiva são freqüentes, mas o sentimento geral da maioria dos familiares é de uma pesada culpa. Há um doloroso período em que as pessoas sobreviventes se põem a considerar acerca das diferentes formas pelas quais poderiam ter tratado o falecido. Cada membro da família tende a tomar o suicídio para si. Embora o médico possa achar que há pouca verdade nessas fabulações carregadas de culpa, é sua função ajudar a família a lidar com esses sentimentos, da maneira mais eficaz possível. Depois que o paciente cometeu suicídio, o médico deve se ocupar com a assistência à família.

É uma tarefa difícil prestar assistência a indivíduos angustiados e desesperados e trabalhar junto a eles com a empatia e a neutralidade adequadas. Alguns psiquiatras têm essas qualidades peculiares necessárias. Outros precisam se esforçar para reconhecer e reduzir suas limitações nesta área tão carregada de emoções, de modo a poder oferecer aos seus pacientes maior apoio nesses momentos que envolvem problemas de vida e de morte.

Tratamento e aliança terapêutica

Não há, no momento, nenhum meio garantido para mudar diretamente uma intenção suicida. Não sendo um evento estatístico, é impossível provar que a prevenção tenha ocorrido. Como a ideação e o ato suicida são sintomas de certos transtornos psiquiátricos, a abordagem mais lógica é tratar o paciente e a doença da qual ele é portador. As informações disponíveis dão conta de que pacientes depressivos

não apresentam risco de suicídio quando não estão deprimidos. Ao paciente deprimido potencialmente suicida é recomendada a hospitalização, bem como a avaliação da possibilidade de instituir a eletro-convulsoterapia.

Entretanto, não existe nenhuma unidade psiquiátrica à prova de suicídio[8]. Sabemos que poucos suicidas não dão aviso, escondendo o grau de desespero, seus pensamentos e planos, mesmo daqueles que os cercam. Muitas vezes, apenas retrospectivamente os sintomas de depressão são reconhecidos. Médicos e outros profissionais liberais costumam se enquadrar nessa descrição. O mais comum é que o suicida comunique sua angústia e o pensamento suicida para outros[11, 12, 13, 14].

Deve haver estreitas relações entre o psiquiatra e o hospital de pronto atendimento com a equipe médica (perigo de uma alta precoce). O serviço social precisa ser chamado a integrar-se, pois muitos casos de suicídio provêm de dificuldades socioeconômicas e interpessoais.

Alguns psiquiatras tentam formalizar a aliança com o paciente por meio de um contrato verbal, ou até mesmo escrito, declarando que o paciente deverá chamar o psiquiatra se surgirem dúvidas acerca do controle de intenções suicidas. Esses contratos não têm força legal. Embora um paciente possa concordar com um contrato assim, alguns declaram que não podem ter certeza de que cumprirão o acordado se ocorrerem impulsos autodestrutivos.

A recusa a esse tipo de contrato pode ser um importante indicador de risco de suicídio, tendo maior valor clínico do que um acordo *pro forma*. Infelizmente, essa última situação é a mais freqüente. O problema é que o contrato de prevenção ao suicídio pode dar uma falsa impressão ao psiquiatra, afrouxando a vigilância, sem que tenha efeito apreciável quanto à intenção do paciente. Tais contratos podem ter valor terapêutico quando usados para firmar uma aliança terapêutica, mas suas limitações têm de ser compreendidas pelo psiquiatra. Assim como as escalas e os inventários, os contratos nunca devem ser usados como substitutos da avaliação do risco de suicídio.

Preocupações legais

Três preocupações predominam diante de um paciente avaliado como suicida iminente. A primeira é que a situação pode exigir internação involuntária e, caso isso não aconteça, o psiquiatra pode ser responsabilizado por danos advindos das ações do paciente.

Outra situação judicial pode advir se o tratamento ministrado mediante hospitalização involuntária for visto pelo paciente como equivocado. Efetuar um tratamento legalmente exigido não é o mesmo que efetuar um tratamento satisfatório, não se podendo confundir um bom controle de risco com um bom tratamento.

A terceira preocupação predominante vem do temor de conseqüências legais desastrosas decorrentes do suicídio. Nos EUA, a maioria das ações cita uma ou mais das seguintes causas: falha em avaliar adequadamente o risco de suicídio; falha em tomar medidas para proteger o paciente; e falha em efetuar tratamento adequadamente rigoroso da condição do paciente.

As cinco etapas seguintes são todas indicativas de um bom exercício profissional e, portanto, abordam as preocupações legais de modo pró-ativo:

1 – Documente no prontuário ou na ficha médica do paciente a possibilidade de suicídio. Certifique-se de ter feito as perguntas certas e registrado as respostas. Perguntas sobre diagnóstico, abuso de substâncias e possibilidade de suicídio devem ser feitas. É mais importante documentar a avaliação e não a atividade avaliatória em si.

2 – Faça uma avaliação contínua. Uma vez identificado o problema, faça evoluções contínuas, avaliando a resposta ao tratamento em cada anotação.

3 – Seja afirmativo em suas anotações, declarando o que fez e por que fez. Além de escrever, certifique-se de que o paciente compreende o que você está dizendo, assim como o motivo de suas ações. Se outros membros da família estiverem envolvidos, faça a mesma abordagem com eles. Os indivíduos que são informados acerca das condutas tomadas pelo psiquiatra e que têm chance de concordar ou discordar

apresentam menor probabilidade de envolvê-lo judicialmente.

4 – Documente suas preocupações com a totalidade do tratamento e as condutas que você tomou para desenvolver um sistema de atendimento ao seu paciente. Enfatize o envolvimento de outras disciplinas afins e dos membros do sistema de apoio social.

5 – Explicite sua decisão de hospitalizar ou não o paciente. É da maior importância que o psiquiatra documente suas tomadas de decisão a esse respeito[9].

Referências bibliográficas

1. Chiles JA, Strosahl KD. The suicidal Patiente: principles of assesment, treatment, and case managemente. Washington DC.: American Psychiatric Press; 1989.
2. Simon RI. Psychiatry and Law for Clinicians . 3. ed. Washington D.C.: American Psychiatry Publishing; 2001.
3. Rosenberg LE, Eth S. Ética na Psiquiatria. In: Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Tratado de Psiquiatria. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p. 2990-2999.
4. Camargo IB. Habilidades e Conhecimentos necessários à prática psiquiátrica brasileira e comparação com resultados internacionais. [tese de doutorado]. FMRP USP. Ribeirão Preto, S.P; 2005.
5. Meyerson AT, Glick RA, Kiev A. Suicide. In: Glick RA, Meyerson AT, Robbins E, Talbott JA, editors. Psychiatric Emergencies. New York: Grune and Stratton; 1976.
6. Wang YP, Mello SC, Bertolote JM. Epidemiologia do Suicídio. In: Meleiro AMAS, Teng CT, Wang YP. Suicídio-estudos fundamentais. São Paulo: Seguimento Farma; 2004. p. 97-108.
7. Hawton K, Catalan J. Attempted suicide: Apractical Guide to its Nature and Manegement. 2. ed. UK: Oxford Medical Publications; 1988.
8. Fé IAM. O suicidio. In: Petroianu A, editor. Ética, Moral e Deontologia Médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000, p. 254-60.

9. Morenz B. Sales B. Complexity of ethical decision making in psychiatry. Ethics and Behavior 1997; 7(1): 1-14.

10. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Código de Ética Médica. São Paulo, SP: CREMESP; 2003.

11. Leong GB, Eth S. Etical and legal Issues. In: Vaccaro JV, Clark GH. editores. Practicing Psychiatry in the Community. Washington DC.: American Psychiatric Press; 1996. p. 447-459.

12. Bostwick JM, Rundell JR, Suicidality. In: Rundell JR, Wise MG. editores. Textbook of Consultation Liaison Psychiatry. Washington DC.: American Psychiatric Press; 1996. p. 138-61.

13. Lazarus FA. Ethical Conduct of the Psychiatrist. In: Weissman S, Sabshin M, Eist H, editors. Psychiatry in the new Millennium. Washington DC.: American Psychiatric Press; 1999. p.249-268.

14. Murph G. Suicide and attempted suicide. In: Winokur G, Clayton P. Philadelphia, W.B. The medical basis of Psychiatry. Saunders Company; 1986. p. 562-579.

Ética e Psicoterapia

Darcy Antônio Portolese

No que diz respeito às questões referentes à ética, é comum que se enquadrem as experiências profissionais, assim como quaisquer relações da nossa vida, em determinadas normas, regras, e nesse sentido os manuais têm sido o modo de direção mais acessível para se avaliarem os procedimentos de trabalho, para se definirem parâmetros de relacionamento. É certo que, como seres humanos, estamos sujeitos a extrapolações, a exorbitâncias, e quiçá até mesmo a perversões que, se invadirem a nossa vida profissional, podem vir fatalmente a inverter, a complicar, a desvirtuar a relação com nossos clientes e, consequentemente, a vida dessas pessoas, que nos procuram exclusivamente por necessitar de atenção profissional e, sobretudo, de cuidados especializados no plano emocional. Porém, o manual não pode suprir o leque de vicissitudes que se abre quando a relação com o paciente se estabelece.

Procurarei refletir sobre alguns pontos que considero importantes no sentido de ampliar, de substanciar procedimentos a meu ver exercidos pseudonormativamente na nossa prática de clínica terapêutica, pois a norma só pode fazer algum sentido se estiver entrosada com a experiência que emerge da relação propriamente dita. Caso contrário, torna-se inócua.

As questões aqui desenvolvidas são produtos de reflexões sobre a minha experiência particular no campo psicoterapêutico e no da

psiquiatria. Dessas reflexões extraio inicialmente um elemento histórico, de características míticas, um modelo, um exemplo o mais remoto de que tenho informação, e que pode nos incitar a pensar na humanidade como produto das transformações que ocorrem na interação entre pessoas. É de senso comum verificar a importância desse fenômeno em todas as áreas da vida e da cultura. Trata-se da Epopéia de Gilgamesh. Uma narrativa da relação e do poder.

No período aproximado de 2.700 anos AC, vivia em Uruk (região que corresponde hoje, no Oriente Médio, ao território do Iraque) um rei chamado Gilgamesh. Esse rei considerava-se extremamente poderoso, sendo dois terços seus constituídos de deus e o terço restante de humano. Soberano em sua força, brutalidade e tirania, reinava como déspota no exercício do poder.

Essa tirania levou o povo a clamar pela ajuda da deusa Aruru. A deusa o atendeu, criando do barro um novo ser. Constituído de características humanas, porém ainda próximas das de um animal, ele convivia com animais nas planícies e se alimentava do leite que extraía deles. Chamava-se Enkidu e foi criado para fazer face e enfrentar o todo poderoso Gilgamesh. Ao saber da existência deste estranho ser por um caçador, Gilgamesh enviou uma cortesã para conviver com Enkidu, com o intuito de humanizá-lo e torná-lo menos forte e, portanto, menos ameaçador ao seu próprio poder. A cortesã, então, dorme com Enkidu durante cinco dias e seis noites. Muitas transformações operam-se durante este contato e Enkidu acaba por tornar-se estranho aos animais com que convivia, tendo metade das roupas adaptadas pela cortesã. É então levado para Uruk e, testando seu poder em meio a violentas lutas no enfrentamento com Gilgamesh, acontece de ambos desenvolverem uma grande amizade. Tornam-se irmãos na força e nos propósitos de, daí para a frente, eliminarem os que combatiam destrutivamente, como Humbaba, o tirano das florestas.

Nessa história o contato é o reagente que transforma, é o que cria novos produtos; e destes obtemos conteúdos que podem servir de ingredientes para gerar aquilo que considero o objetivo principal de uma

psicoterapia: o desenvolvimento emocional de quem procura um trabalho desta natureza.

Vou circunscrever sucintamente esse campo de experiências no âmbito da psicoterapia, especialmente aquela que implica numa relação entre duas pessoas. Selecionei os seguintes aspectos:

A questão da autoridade

Quando Einstein descobriu e formulou a Teoria da Relatividade, antes que ela fosse validada como teoria científica, foi necessário haver uma contraparte na sua descoberta. Em linhas gerais, a sua observação a respeito do movimento dos elétrons que atravessavam as grandes massas deparou-se com uma contrapartida, a de que nem todas as grandes massas seriam atravessadas por eles. A uma afirmativa foi necessário haver uma refutação, que relativizou sua descoberta científica. E por que é de importância fundamental uma refutação à idéia original? É que sem uma afirmação contrária uma formulação científica não tem como chegar ao "status" de lei, sob pena de estabelecer-se no campo do dogma, de passar a residir no campo do absoluto, no território das religiões e não no da ciência.

Tomei esta experiência como modelo para enfatizar a questão da autoridade do psiquiatra e do psicoterapeuta, pois suas formulações, por mais elaboradas e fundamentadas que sejam, são afetadas por toda uma gama de variáveis que pedem relatividade, e que requerem uma postura de humildade para que aconteçam os ajustes por parte do profissional, pois a contraparte da teoria deste profissional pertence somente ao paciente. Ambos são os protagonistas de uma experiência emocional. Uma experiência emocional que necessita de espaço e de receptividade para o seu existir, pois através dessa nova vivência é que o paciente vai adquirindo ferramentas próprias para lidar consigo e com o meio circundante. Muitas vezes o campo emocional passa, e deve passar, por enormes turbulências, e se isso acontece é quando de fato algo se move e se transforma (vide nossas experiências com nossos filhos quando estão em crescimento).

A questão do desenvolvimento e seus parâmetros

É necessário ao profissional utilizar e familiarizar-se com alguns conceitos que possam servir como balizamentos, um sistema de referência que possa instrumentalizar sua prática com conteúdos que transcendam o senso comum, mesmo em se tratando de psicoterapia breve. E sobretudo nesta, já que essa modalidade dispõe de menos tempo para trabalhar a angústia subjacente aos sintomas. É necessária uma profunda experiência para as formulações breves, pois, ainda que breves, não podem se furtar de atingir um certo nível de percepção dos conflitos.

Nessa linha de raciocínio, quero lembrar de duas configurações emocionais propostas por Melanie Klein que podem funcionar como parâmetros: a posição esquizoparanóide e a depressiva.

A posição esquizoparanóide é um estado emocional no qual a pessoa padece de angústias centradas numa preocupação com nada mais do que suas próprias necessidades. É um estado mental que predomina um cuidado com o próprio ego. A posição depressiva trata-se de um contexto emocional em que a angústia se situa no cuidado com o objeto, com seu mundo de relação (pessoas, comunidade, profissão).

Temos, na primeira posição, a predominância de uma força centrípeta; na segunda, a predominância de uma força centrífuga. No decorrer do trabalho, a busca de um equilíbrio entre as duas posições poderá ser alcançada na medida em que o paciente possa receber do terapeuta um alimento emocional com conteúdos mentais de conhecimento e percepção, para que, dessa forma, possa ser ajudado a responsabilizar-se por si e pelo meio que o circunda.

Um outro parâmetro conceitual que nos ajuda a fornecer subsídios pode ser encontrado em Bion, em seu trabalho "A parte psicótica e não psicótica da personalidade". Bion considera, em linhas gerais, que todos nós possuímos aspectos emocionais não crescidos, e na medida em que vamos adquirindo percepção e compreensão desses estados através de um trabalho terapêutico, o incremento de percepção e de conhecimento leva a uma integração com os aspectos já crescidos, resultando numa maior integração emocional e ampliação na percepção e apreensão da realidade.

Um conceito que sempre vale a pena ser debatido e que vem sofrendo cada vez mais novas elaborações, sendo de valia quando bem empregado, é o de narcisismo, criado por Freud e bastante elaborado por Melanie Klein e outros. Para o próprio Bion, e na minha experiência tenho confirmado, o narcisismo diz respeito a um período do desenvolvimento emocional no qual a criança necessita receber um "quantum" de atenção e cuidados emocionais para ter acesso ao crescimento mental.

No seu livro chamado 'Transformações', Bion formula: "O Narcisismo insatisfeito impede que o amor se estenda aos objetos". Em outras palavras, é necessário que a experiência de ser alimentado seja introjetada, pois a pessoa recebendo o alimento incorpora também a função de vir a ser, podendo ela também desenvolver-se como provedora de cuidados. Para que haja a evolução da posição esquizoparanóide para a posição depressiva (de ser cuidado para cuidar de algo ou alguém), o terapeuta precisa desenvolver condições para que possa vir a oferecer alimentos qualitativos, a substância, o fermento mental capaz de proporcionar crescimento mental ao paciente.

A questão da neutralidade

Sob essa palavra procura-se encontrar um sentido para o papel do psicoterapeuta na relação do trabalho e sua especificidade, já que a relação terapêutica é permeada de forte carga emocional, não sendo neutra. Mesmo uma pessoa que se mostra distante e "fria" ao contato pode estar demonstrando o grau de temor ao contato e revelando o grau de angústia que sente numa relação. Cabe criar ao longo do trabalho um clima de confiança para que gradualmente ocorra uma "entrega", no sentido de o paciente sentir-se seguro com seu par e ir experimentando uma nova possibilidade de vinculação, para haver descobrimento.

Toda relação criativa desperta novos sentimentos, e a intimidade que se vai estabelecendo favorece a manifestação de sentimentos e a expansão das fantasias e emoções antes reprimidas. Uma das manifestações que ocorrem diz respeito à sexualidade. A decantada sedução

pode ser a expressão de conteúdos de sentimentos que são primórdios ou fonte de uma reserva emocional que uma vez lapidada e elaborada será de grande valia no desenvolvimento do trabalho. Seria pernicioso um envolvimento sexual e amoroso na dupla psicoterápica. Em ocorrendo esse envolvimento deve-se interromper a terapia no caso do terapeuta não dispor de recursos emocionais para dar sentido à experiência em curso.

Lembro-me de uma jovem que numa determinada fase do trabalho apresentou manifestações de sedução e outras formas de expressão sexual e sensual. O erotismo costuma ser a evidência de reações emocionais das fases mais primitivas da relação entre objetos. O erótico precisa ser compreendido como primórdios, base ou fonte de afetos mais sofisticados, como confiança, responsabilidade, amizade, amor e também sexualidade, num contexto que poderá ser a grande oportunidade de desenvolvimento e maior integração psíquica.

É fundamental o esclarecimento e a discriminação nessa oportunidade privilegiada de um trabalho terapêutico para que a pessoa encontre um canal que lhe esclareça, dê sentido e significado à experiência em curso, caso contrário poderá aumentar a confusão e a angústia na pessoa que procura ajuda. A jovem à qual me referi com o tempo passou a exprimir a carência que sentiu no contato com o pai. Ela havia tido envolvimentos sexuais com pessoas mais velhas, professores que representavam figuras de proteção frente ao seu desamparo interno e à insegurança emocional.

A questão dos honorários

Cabe inicialmente uma indagação: O trabalho terapêutico é vivenciado como uma oportunidade de extrair lucro econômico ou de ganho necessário do terapeuta como salário e realização profissional?

O lucro profissional representa um sentido de realização, uma felicidade quando o objeto do trabalho se desenvolve. Portanto é um pagamento de grande valia o prazer de estarmos prestando um trabalho, o uso de nosso tempo para criarmos e desenvolvermos nossa arte,

que se configura com o crescimento emocional de nosso par ou pares. Estamos falando de uma qualidade de pagamento de natureza psíquica. Qual o valor de um sentimento de gratidão, quando um paciente nos agradece por ter sido beneficiado pelo nosso trabalho?

O preço econômico de uma sessão terapêutica deve ser estabelecido de comum acordo entre os pares, levando em consideração a situação econômica do paciente. É claro que o terapeuta precisa extrair um salário suficiente para suas necessidades e isto deve conter critérios que vai além do econômico, pois devemos levar em conta o investimento libidinal do paciente. Um paciente com um salário menor do ponto de vista quantitativo pode estar pagando mais em função do quanto despende em esforço e valorização em termos de colaboração no trabalho. Deve ser também considerado que aqueles que têm posses ou salários maiores necessitam de consideração em relação ao seu sofrimento psíquico e não podem, por isso, ser objetos de um apetite maior do psicoterapeuta, pois a confiança na relação depende de um equilíbrio por parte do profissional.

O contato social

Penso que a natureza do contato social passa por diferentes canais. No caso temos um contato social que existe por meio de um contrato profissional que estabelece regras e limites que norteiam a natureza do contato. Não sou partidário de atitudes fóbicas ou de evitar contato, como se a relação terapêutica revelasse segredos conscientes que só o psicoterapeuta detém. Obviamente espera-se que o terapeuta contenha um equipamento mental, elementos de conhecimento na sua área propícios a gerar desenvolvimento emocional, mas estes conhecimentos serão estimulados e desenvolvidos no *setting* específico de cada método.

O contato extraprofissional deve ser cuidado em suas manifestações que possam criar confusões no objetivo específico do trabalho. Por exemplo, a questão dos presentes: eles poderão ser a expressão de gratidão, mas deve-se ficar atento quando os mesmos representam formas de revelação de conteúdos que podem ajudar no conhecimento de

configurações emocionais, como, por exemplo, um paciente que cumpre com as condições previamente estabelecidas pela dupla e assim mesmo necessita gratificar repetidamente o terapeuta com presentes. Não penso que se trate de comprar o afeto do terapeuta, mas de revelar uma desvalia interna no sentido de não se sentir incluído e respeitado pelo seu valor próprio como pessoa.

A relação entre as áreas de conhecimento

Um trabalho emocional em suas diferentes formas de atuação requer uma colaboração entre diferentes experiências de conhecimento. Muitas vezes nos deparamos com posições estanques quando, por exemplo, um terapeuta acha que tudo tem uma solução através de uma psicoterapia. Seria manifestação de muita inexperiência se alguém assim procedesse. O mesmo vale para um profissional que acredita que a psicofarmacologia é a solução para todos os transtornos emocionais.

Estamos com experiência suficiente para sabermos da importância de um diálogo construtivo entre psicoterapeutas e psiquiatras. Creio que deve ser enfatizado, sobretudo nos programas de ensino, a evolução da química psicofarmacológica, assim como a evolução das neurociências e também dos novos conhecimentos advindos da experiência com análise de crianças, sobre a abordagem de fenômenos regressivos em que houve, depois de Freud, grandes contribuições de Melanie Klein, Hanna Segall, Francis Tustin, Bion e Winnicott, entre outros.

Michel Rustin, sociólogo inglês em seu livro 'A Boa Sociedade e o Mundo Interno', utiliza uma expressão interessante, "a necessidade de uma fertilização cruzada", no sentido do diálogo entre diferentes áreas do conhecimento, com benefício para a ciência e seus respectivos objetos de investigação.

O cuidar de si

Para Gilles Deleuze, a ética "é um conjunto de regras facultativas que avaliam o que fazemos, o que dizemos, em função do modo de existência que isso implica". Portanto, o profissional necessita de um

cuidar de si mesmo, na sua vida pessoal e científica; de uma percepção dos seus limites e o cultivo de algo que talvez de forma pretensiosa ouso chamar de uma verdade. Dizer que a verdade é relativa, que existem muitas verdades, me parece uma forma simplista de lidar com o objeto do conhecimento. A ética é um alimento mental necessário à própria vida. Não se atinge um ápice ético, ele está sempre em construção em meio a um aprender com a experiência, convivendo com emoções, paixões, ignorância, desconhecido, além de uma contínua elaboração de parâmetros transitórios.

Encontro em Michel Foucault, no seu último livro, "Ética, Sexualidade e Política", na pg. 270, elementos que nos ajudam a refletir sobre nosso tema. Ele responde à seguinte questão: "O cuidado de si como o senhor disse é de certa maneira o cuidado com os outros. Nesse sentido, o cuidado de si também é ético, ético em si mesmo?" Ele responde: "O cuidado de si é ético em si mesmo; porém implica relações complexas com os outros, uma vez que esse *êthos* da liberdade é também uma maneira de cuidar dos outros; por isso é importante para um homem livre que se conduz adequadamente saber governar sua mulher, seus filhos, sua casa. O *êthos* também implica uma relação com os outros, já que o cuidado de si permite ocupar na cidade, na comunidade ou nas relações interpessoais o lugar conveniente - seja para exercer uma magistratura ou para manter relações de amizade. Além disso o cuidar de si também implica uma relação com um outro, uma vez que para cuidar bem de si é preciso ouvir as lições de um mestre. Precisa-se de um guia, de um conselheiro, de um amigo, de alguém que lhe diga a verdade. Assim o problema das relações com os outros está presente ao longo desse desenvolvimento do cuidado de si".

Fica implícito que, entre outros cuidados, em determinadas fases de sua vida o profissional pode necessitar de um trabalho consigo próprio.

Referências bibliográficas

1. Al-Muqasfa IBN. A epopéia de Gilgamesh. São Paulo: Martins Fontes (2001).
2. Bion WR. Transformações: mudança do aprendizado ao crescimento. Rio de Janeiro: Imago (1965). Cap. 5.
3. Bion WR. Experiências com grupos: os fundamentos da psicoterapia de grupo. Rio de Janeiro: Imago (1970).
4. Deleuze G. Conversações. São Paulo: Ed. 34 (1992).
5. Foucault M. Ética, sexualidade e política. Rio de Janeiro: Forense Universitária (2004).
6. Freud S. Sobre o narcisismo: uma introdução. Santadard Edition. 14: 83-9.
7. Klein M. Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In: Heimann P, Klein M, Isaacs S, Riviere J. Os progressos da psicanálise. 3. ed. Rio de Janeiro: LTC (1982) p. 313-343.
8. Rustin M. A boa sociedade e o mundo interno. Rio de Janeiro: Imago (2000).
9. Segal. H. A obra de Hanna Segal. Rio de Janeiro: Imago (1981).
10. Winnicott D. O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artmed (1983).

Quando o psiquiatra erra

Francisco Lotufo Neto

Erros ocorrem na prática da medicina. Resultam da complexidade do conhecimento médico, da incerteza das predições clínicas, da pressão do tempo e da necessidade de tomar decisões rápidas com informações limitadas. O erro é muito estressante para o médico, evocando emoções intensas de tristeza, remorso, culpa, vergonha, preocupação, diminuição da confiança, raiva e medo.

O erro é um ato médico (ou ausência deste) que trouxe conseqüências graves para o paciente, que outros colegas com conhecimento na área avaliaram como inadequado, na época em que ocorreu. A definição exclui evolução inevitável de doenças e complicações de doenças ou tratamentos realizados de forma adequada.

O erro pode prejudicar a relação médico/paciente dependendo de sua gravidade e da qualidade da comunicação desenvolvida. O paciente pode ficar alarmado, ansioso, sem confiança nas habilidades de seu médico. Pode haver raiva, diminuição do respeito, sentimentos de traição, e desilusão com a profissão médica.

Se for possível médico e paciente discutirem suas emoções diretamente e com aceitação, o relacionamento pode continuar e até se aprofundar. O efeito negativo de um erro pode ser mitigado, se houver a prática de compartilhar com os pacientes as tomadas de decisão.

Estratégias de lidar com o erro

O modo de lidar com o erro pode tornar essas experiências em oportunidades de aprendizado e crescimento pessoal. Há duas maneiras de enfrentar o erro: centrada no problema e nas emoções causadas pelo problema.

Estratégias centradas no problema envolvem aceitar a responsabilidade, supervisão para entender a natureza do erro ou para corrigi-lo e planejar a solução de problemas (por exemplo, treinamento extra). Estratégias centradas nas emoções envolvem procurar apoio social, compartilhar com colega, amigo ou cônjuge, e principalmente conversar com o paciente.

Erros podem trazer mudanças para melhor na prática médica: (1) Procurar informações — conselhos, orientação, estudo; (2) Aumentar a vigilância — prestar atenção a detalhes, confirmar dados pessoalmente, modificar a organização dos dados, pedir quando adequado mais exames; (3) melhorar a comunicação com pacientes e equipe; (4) administrar melhor o tempo e supervisionar mais de perto.

Sugere-se que médicos conversem com pacientes e familiares quando um erro ocorre. Esse é um momento delicado, diante do qual médicos sentem relutância e para o qual não há regras e procedimentos adequados.

Quando um erro é descoberto, o médico deve estar bem informado sobre o que ocorreu. O paciente tem de ser comunicado quando sua condição está estável e ele pode entender claramente o acontecido. O médico precisa primeiro tomar consciência de suas próprias emoções. Lembrar que este acontecimento não o define como profissional e pessoa. Na imaginação ensaiar algumas afirmações. Deve tomar a iniciativa de procurar o paciente e não agir de modo defensivo ou evasivo.

Ao encontrar o paciente e sua família, fornecer explicações claras, objetivas e breves e pedir desculpas sinceras. Ser breve e direto evita discussões que só aumentam a ansiedade de todos os presentes. Deve-se evitar sobrecarregar o paciente com informações e explicações excessivas. Permitir, então, a resposta do paciente. Ter empatia e aceitar

os sentimentos do paciente pode ajudar a sarar o relacionamento. Não reagir a respostas emocionais que eventualmente ocorram. Os pacientes apreciam, em geral, o pedido de desculpas, sentindo reconhecimento, respeito e empatia. Isso pode ajudar a fortalecer a relação médico/paciente. Se as conseqüências requerem atenção médica, o médico deve revelar isto e procurar a ajuda necessária.

Os pacientes estão mais inclinados a perdoar o médico que cometeu um erro se isto se deveu a informação não fornecida ou se o médico tentou manter os custos baixos. Não são inclinados a perdoar se suspeitam de incompetência, falta de atenção ou falta de cuidado. Pacientes com melhor nível educacional têm mais facilidade de perdoar.

Pacientes se sentem seguros em saber que o médico está arrependido e dedicado a consertar o prejuízo e a prevenir erros futuros. Se a continuidade do atendimento não é possível, deve ser feito um encaminhamento. Encontrar novamente com o paciente ou sua família depois de um erro com graves conseqüências pode evitar desconfianças e esclarecer dúvidas e preocupações. É importante afirmar o que está sendo feito para se ter segurança que o fato não se repita no futuro.

Compartilhar o erro

Médicos também sentem relutância de conversar com colegas sobre seus erros. Têm receio da crítica e de julgamento e acham inútil conversar pela tendência dos colegas minimizarem o relatado. Entretanto, compartilhar serve para obter informação, impedir isolamento e iniciar o processo necessário de arrependimento e aprendizado.

É importante colegas responderem adequadamente a um relato de erro, não o desqualificando, contando também seus próprios enganos para diminuir a sensação de isolamento. Importante perguntar sobre o efeito emocional que o erro teve e como o colega está enfrentando isso. Ajudar a corrigir o erro com uma abordagem prática de solução de problemas, pensando em mudanças e incorporando as lições aprendidas no atendimento clínico.

Uma atmosfera muito crítica e punitiva do hospital ou da instituição

pode inibir o médico de compartilhar seus erros. Reuniões anatomoclínicas são importantes para o aprendizado, mas nelas os aspectos emocionais não são discutidos. Importante a direção criar reuniões adequadas para que erros possam ser discutidos e prevenidos em ambiente com confiança e empatia. Esforço administrativo para prevenir erros deve sempre estar presente.

Referências bibliográficas

1. Christensen JF et al. The heart of darkness: The impact of perceived mistakes on physicians. J Gen Intern Méd 1992; 7: 424
2. Grober ED, Bohnern JM. Defing medical error. Can J Surgery 2005; 48(1): 39-44.
3. Hébert PC, Levin AV, Robertson G. Bioethics for clinicians: 23. Disclosure of medical error. Canadian Medical Association Journal 2001; 164(4): 509-513.
4. Mazor KM, Simon SR, Yood RA, Martinson BC, Gunter MJ, Reed, GW et al. Health plan members'views on forgiving medical errors. Am J Manag Care 2005; 11(1): 49-52.
5. Wu AW, McPhee SJ, Christensen JF. Mistakes in medical practice. In: Feldman MD, Christensen JF. Behavioral Medicine in Primary Care - A practical guide. Stamfor: Appleton & Lange; 1977.
6. Wu AW, Folkman S, McPhee SJ, Lo B. How house officers cope with their mistakes. West J Med 1993; 159(5): 565–569.

Doença mental e crime

Claudio Cohen

Tanto a saúde mental e a justiça quanto a psiquiatria forense ou a criminologia são ciências autônomas, com objetivos de estudos próprios. Ocorre que em alguns casos elas são ciências complementarias e, por esse motivo, quando quisermos realizar uma reflexão a respeito das relações entre doença mental e crime, deveríamos promover debates entre especialistas destas ciência e não tentar responder questões tão complexas de forma simplista – como tem ocorrido atualmente frente a crimes como, por exemplo, o filho que mata o pai, a mulher estuprada pelo marido, o incesto, os avós maltratados, o uso de drogas nos crimes, os grupos criminosos, etc.

O estudo da criminogênese é extremamente difícil. Temos à nossa frente um homem que, por circunstâncias ignoradas, cometeu um ilícito penal. Desejamos conhecer as circunstâncias para saber quais foram os mecanismos que o levaram ao crime e, se possível, com a sua ajuda, desarmarmos esses mecanismos. Também, graças a essa observação, podemos atuar sobre outras pessoas na tentativa de prevenir outros crimes.

As motivações para a realização de atos ilícitos são as mais diversificadas. Daí serem as mais variadas as classificações de criminosos dadas pelos criminologistas na tentativa de discernir traços comuns nas diferentes mentes criminosas, procurando agrupá-las. É claro que esses esforços para classificar criminosos vicejaram após o aparecimento

do positivismo na criminologia, do qual Lombroso foi pioneiro absoluto. Depois de Lombroso, que fincou a criminalidade no tripé "atavismo, epilepsia e loucura moral", dezenas de criminologistas quiseram atribuir o crime a causas genéticas, a patologias médicas, a síndromes psiquiátricas, a situações de desajustes entre o homem e o meio em que vive, etc. Devem ser encaradas com cautela todas essas explicações para o crime pela imprecisão da própria expressão "crime" e, depois, porque a maioria dos tão decantados mecanismos causal-explicativos mostrou-se insuficiente para esclarecer a etiologia do ato criminoso[1].

Questões pertinentes

As pessoas que tentaram relacionar a doença mental com o crime deveriam se questionar: 1) todo doente mental é em potencial um criminoso? 2) será o crime um tipo especial de doença mental?

Podemos responder a essas questões afirmando que não será a doença mental que irá transformar um indivíduo em potencialmente criminoso; aliás, quando um indivíduo que infringiu a lei for considerado como doente mental no momento do ato ilícito, ele será considerado ou inimputável ou semi-imputável, portanto não será responsabilizado pelo seu ato. Por outro lado, podemos dizer que o crime não deveria ser justificado apenas como um tipo particular de doença mental, pois não existe este tipo de doença mental no Código Internacional de Doenças (CID-10).

Tentar relacionar a doença mental com o crime é a mesma coisa que tentar relacionar a genialidade com a doença mental. Aliás, muitas pessoas fazem esse tipo de raciocínio quando explicam alguma conduta de um gênio com um rasgo de loucura ou pelo uso abusivo de tóxicos.

Podemos assegurar que tanto as doenças mentais quanto a criminalidade ou a genialidade são atributos específicos de um indivíduo que serão interpretados pela sociedade como qualidades ou defeitos incontroláveis, portanto são assustadoras e ameaçadoras ao mesmo tempo[2].

Nosso Código Penal ainda leva em consideração que o doente

mental é potencialmente perigoso, fazendo um falso tipo de relação causal. Reserva o conceito de periculosidade apenas para o doente mental que infringiu a lei, pois a justiça não o responsabiliza pelo seu ato, mas o conceitua aprioristicamente como perigoso e lhe aplica a medida de segurança. Exemplificando: um indivíduo que matar toda a família e os seus vizinhos, porém se não for considerado doente mental não será considerado socialmente perigoso; já se um indivíduo furtar uma loja e for diagnosticado como doente mental, ele será considerado perigoso. No mínimo podemos considerar esse tipo de entendimento, que o Código dá à doença mental, como estigmatizante.

Uma pesquisa realizada em Nova Iorque a respeito da relação entre violência e doença mental não encontrou evidências nas diferenças da prevalência de violência em doentes mentais sem abuso de substâncias psicoativas, comparadas com a população em geral[3].

Periculosidade social *vs.* periculosidade individual

A questão da periculosidade individual surge no momento em que se quiser avaliar a periculosidade social — é mais perigoso um seqüestrador, um político corrupto ou um pai incestuoso? A quem competirá decidir se o indivíduo é perigoso: a um criminalista (tipo de crime), a um psiquiatra (varia segundo o transtorno mental), a um sociólogo (qual é o perigo que o indivíduo representa para a sociedade), etc.? Pelo nosso Código Penal, essa análise competirá ao perito psiquiatra, que poderá complementar a sua avaliação com o auxílio de outros profissionais. Em outras sociedades, em que são considerados os traficantes (de drogas, de armas, ou de crianças), os estelionatários ou ainda algumas organizações para-sociais também como perigosas, esta questão torna-se mais complexa.

O risco de violência em indivíduos da população em geral se dá numa maior prevalência em relação ao abuso de álcool ou drogas ilícitas — esse é duas vezes maior do que em pacientes portadores de esquizofrenia e que não usam drogas ilícitas ou álcool. O maior risco para a expressão da violência ocorre na combinação do abuso de álcool

ou drogas ilícitas com os indivíduos diagnosticados com transtorno de personalidade anti-social[4].

Por outro lado, as questões inerentes aos crimes intrafamiliares, desde os maus-tratos até o abuso sexual, deveriam ser mais bem estudadas, pois é um tipo de atitude humana que tem uma enorme gravidade social. Entendemos que este tipo de abuso de poder deveria ser incluído como crimes contra a família no nosso Código Penal. A realidade tem demonstrado que a família não é, nem sempre e nem obrigatoriamente, o lugar protetor para seus membros; pelo contrário, em alguns casos, passa a ser um espaço traumático que deverá ser protegido pelo Estado.

Como nos ensina Segre[1], crime é infração da lei penal. O pressuposto do crime é, portanto, a existência da lei, da norma, de algo anteriormente elaborado, visando ao estabelecimento de uma ordem. Essa ordem obriga cada uma das células sociais (indivíduos) a agirem ou a deixarem de agir no sentido de preservar um tecido social (comunidade) dentro de padrões que lhe permitam a continuidade em condições, tanto quanto possível, de segurança — segurança contra a extinção e contra a mudança. Percebe-se, assim, já de início, que a lei é basicamente conservadora, isto é, busca a restrição de condutas que possam mudar o destino da comunidade, colocando-a diante de situações imprevistas e, portanto, assustadoras.

Certamente não se está pregando a desnecessidade do estudo da possível relação entre a doença mental e o crime, o que estamos propondo é que se possa aprofundar esse estudo, para podermos conhecer melhor essa relação entre agressividade - doença mental e crime.

Em um estudo recente realizado por Fazel e Danesh[5], podemos observar que o que está acontecendo é justamente o contrário, as cadeias estão prendendo muitos doentes mentais, sem diagnóstico e, pior ainda, sem tratamento adequado.

Referências bibliográficas

1 Segre M. Criminogênese. In: Cohen C, Ferraz FC, Segre M. Saúde Mental, crime e justiça. 2ª. ed. São Paulo: Edusp; 2005; p. 33-45.

2 Cohen C. A periculosidade social e a saúde mental. Rev Bras Psiquiatr 1999; 21(4): 197-8.

3 Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, Robbins PC, Appelbaum OS, Grisso T et al. Violence by people discharged from acute psychiatric. Arch Gen Psychiatr 1998; 55: 393-401.

4 Gattaz WF. Violência e doença mental: fato ou ficção. Rev Bras Psiquiatr 1999; 21(4): 196-7.

5 Fasel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23.000 prisioners: a systematic review of 62 surveys. The Lancet 2002; 359(9306): 545-50.

A atualização profissional é um imperativo ético?

Ibiracy de Barros Camargo

Sim. Quando se trata de exercício profissional, em que há responsabilidade envolvida, a atualização passa a ser um dever ético, um imperativo categórico, uma postura de respeito ao próximo, um benefício fundamental para os pacientes.

A psiquiatria, talvez mais do que qualquer outra especialidade médica, vem mudando constantemente devido à expansão de sua base científica e ao rápido crescimento de novos conhecimentos[1] . Como o conhecimento empiricamente derivado substituiu a ideologia, os paradigmas que orientam os tratamentos psiquiátricos têm sido reconsiderados. Os que vigoravam há 30 anos eram baseados principalmente nos conceitos psicodinâmicos do desenvolvimento da personalidade e do comportamento, em que o uso de terapias biológicas era considerado evidência de "fracasso no tratamento". Tais paradigmas sofreram transformações para incluir as facetas psicobiológicas e socioculturais.

Para alguns profissionais, essas mudanças representam uma dolorosa transformação, que foi acompanhada por outro conjunto de mudanças alimentado por modificações na economia do atendimento à saúde, que, por sua vez, revolucionaram a distribuição do atendimento[2] . Uma das conseqüências foi exigir dos psiquiatras abordagens voltadas para a neurobiologia, a psicofarmacologia e a psicoterapia cognitiva-comportamental, decorrendo daí que o relevante paradigma

da psicanálise, que dominou a compreensão e tratamentos psiquiátricos durante a primeira metade do século XX, entrou em declínio. Embora essa disciplina continue enriquecendo o conhecimento do comportamento humano, é extremamente relevante e frustrante o fato de não ter evoluído cientificamente. Ela não desenvolveu, por exemplo, métodos objetivos de experimentação que permitam investigar as brilhantes idéias que formulou.

Além disso, as classificações diagnósticas empregadas na atualidade vêm mudando para melhorar a concordância e eficácia por meio de linguagem comum, clareza de critérios e abordagem empírica. Com isso, a confiabilidade dos diagnósticos psiquiátricos tem se mostrado equivalente à dos diagnósticos em medicina geral. A Associação Americana de Psiquiatria aumentou as categorias diagnósticas de 60, na primeira edição do "The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM), publicado em 1952, para 410, na quarta e última versão, em 1994 (DSM-IV)[3].

A inquietação no campo psiquiátrico, diante de tantas mudanças e dilemas no exercício da prática psiquiátrica neste começo de século XXI, tem dado origem a uma profusão de trabalhos na literatura internacional, cuja característica comum é a busca de diretrizes para a definição de uma especialidade em transição[4]. No Brasil, o Conselho Federal de Medicina, considerando que a aquisição de conhecimentos científicos atualizados é indispensável para o adequado exercício profissional e que o contínuo desenvolvimento profissional do médico faz-se necessário em função do rápido aporte e incorporação de novos conhecimentos na prática médica, instituiu o Certificado de Atualização Profissional para os portadores de títulos de especialista, bem como certificados de áreas de atuação, através da Resolução CFM n. 1.772/2005[5].

O processo de certificação de atualização profissional tem como objetivo manter, por meio de educação continuada, a qualificação permanente dos especialistas, buscando sua valorização profissional e, conseqüentemente, garantindo aos pacientes o atendimento adequado. Somente serão obrigados a participar do processo de atualização

profissional os médicos que obtiveram seus títulos de especialistas ou certificados da área de atuação a partir de janeiro de 2006. Para os demais, a participação é voluntária. Porém, o fato de o médico estar na atividade há mais tempo não significa que não precise se atualizar. A atualização periódica dos títulos de especialistas é uma tendência mundial que está mais fundamentada nos países anglo-saxônicos, como EUA, Canadá, Austrália e Nova Zelândia.

Duplicação a cada 2,5 anos

É notório que o conhecimento médico cresce vertiginosamente, dobrando a cada 2,5 anos, e que a maioria das técnicas estará obsoleta dentro de sete anos após a sua implantação. Essa transitoriedade, conseqüente às novas descobertas e contribuições da pesquisa empírica em suas diferentes modalidades, pode fazer com que o conhecimento e a capacitação do médico sejam ultrapassados em curto espaço de tempo, o que pode levar a ações de imprudência, imperícia ou negligência no atendimento do paciente. A atualização profissional pode assegurar à sociedade que o médico acompanha os avanços da área e está apto para colocar em prática os novos conhecimentos. Medicina é profissão na qual o aprimoramento está estreitamente ligado ao melhor atendimento e a um melhor modelo assistencial.

O mundo está se tornando, cada vez mais, uma aldeia global. O desenvolvimento tecnológico, o desenvolvimento de novos conceitos da educação médica, o rápido avanço na comunicação internacional, a mudança nos estilos de vida, a universalidade das doenças e os problemas relacionados com a ética e os valores culturais estão entre os fatores que afetam a atualização e a prática médica. O bom psiquiatra tem a obrigação moral de fornecer para seus pacientes serviços que reflitam padrões atualizados de condutas médicas.

Privado da vital renovação do conhecimento científico, o médico torna-se tecnicamente imobilizado, totalmente incapaz de desenvolver suas ações ante as exigências da ética profissional. Em medicina, só se pára de aprender quando se encerra a atividade profissional.

Os Artigos 2º e 5º do Código de Ética Médica recomendam[6]:

Artigo 2 – O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício do qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

Artigo 5 – O médico deve aprimorar constantemente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.

Os psiquiatras tratam as doenças da mente e da alma. Temos à nossa disposição instrumentos que nunca foram conhecidos antes. Não devemos ser impedidos pelas atuais restrições dos planos de saúde e perder a força e o poder que temos alcançado. Devemos adotar um espírito de luta em favor de nossa especialidade e do atendimento de pacientes com doença mental, contra todas as dificuldades, inclusive a de ordem econômica, de maneira que a psiquiatria não seja vítima de um transtorno de ajustamento.

Referências bibliográficas

1 Marmor J. Psychiatry in Transition. Second Edition. New Brunswick (USA): Transaction Publishers; 1994.

2 Group for the Advancement of Psychiatry, Psichiatry and the Mental Health Professionals, New York, Brunner/Mazel, 1987.

3 S. Is everybody crazy? Newsweek, 1998; 131 (4): 34-39.

4 Weissman S, Sabshin M, Eist H. Psychiatry in the New Millennium. First Edition. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc; 1999

5 Conselho Federal de Medicina. Resolução Nº1.772/05. Dispõe sobre Certificado de Atualização Profissional. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 12 de Agosto de 2005.

6 Cremesp. Código de Ética Médica. São Paulo, SP; 2003. .

Bioética e Psiquiatria: considerações sobre autonomia, beneficência, não-maleficência e eqüidade

Claudio Cohen

Poder-se-ia definir a Bioética como "o estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e dos cuidados da saúde, na medida em que essa conduta é examinada à luz dos valores e princípios morais"[1]. Por outro lado, desde sua origem, com Hipócrates, a ética médica é entendida como a compreensão moral que o médico tem frente ao seu comportamento enquanto profissional.

Do ponto de vista do desenvolvimento humano, podemos ressaltar dois novos paradigmas para a estruturação de uma bioética autonomista. O primeiro emerge de um pensamento humanista, que pode ser observado tanto na Constituição americana (1787) quanto nos ideais democráticos da revolução francesa (1789), e que rezam sobre o direito, a liberdade de escolha do indivíduo.

O segundo conceito surge nos anos 60 na Organização Mundial da Saúde, decorrente do desenvolvimento técnico-científico e que propõe o conceito de saúde enquanto um bem-estar biopsicossocial (subjetivo) e não somente a ausência de doença (objetiva). Ou seja, a saúde, além de não poder mais ser pensada apenas como ausência de doença, deixa de ser exclusividade dos médicos. Atualmente, diferentes profissionais têm o direito e a obrigação de refletir sobre a saúde e qualidade de vida das pessoas, na medida em que se preserve a autonomia do indivíduo[2].

Além desse desenvolvimento social, podemos entender que os conflitos éticos emergem da necessidade do indivíduo perceber as angústias que surgem dos relacionamentos. Esses conflitos, próprios dos seres humanos, podem ou não fazer parte da consciência dele, mas eles existem em conseqüência da necessidade de nos adaptar ao mundo (interno e externo), sendo que, quando tomamos consciência dos conflitos, ao pensarmos a respeito deles, podendo aceitá-los ou não, nos tornamos autônomos[3]. Porém, quando se está consciente desses conflitos, consideramos que o indivíduo só será ético se permitir-se agir de forma coerente consigo mesmo, podendo lidar com minhas emoções e com a realidade do mundo.

Para alguns pensadores, como os do "Kennedy Institute of Ethics" dos Estados Unidos, a bioética se baseia em três princípios: beneficência e não-maleficência, autonomia e justiça[4]. A esses princípios podemos agregar outro, que é o principio da eqüidade.

Princípio de beneficência e de não-maleficência

A virtude que permeia esse princípio é a benevolência e a não-malevolência, o altruísmo, ou a boa vontade do indivíduo para com alguém e a complacência para com os outros, tendo esse indivíduo que ter boa índole e boa vontade para produzir atos de beneficência e de não-maleficência.

Para Beauchamp & Childress[4], as ações consideradas beneficentes são não matar, não causar dor, não incapacitar, não ferir e permitir o que é bom. Na prática podemos denominar esse princípio como paternalista, pois emerge do desejo de uma pessoa em cuidar de outra que tem sua competência diminuída. Ele já está presente na ética hipocrática enquanto uma virtude que o médico deveria ter.

A beneficência e a não-maleficência requerem, de modo geral, que sejam atendidos os interesses importantes e legítimos do outro e que, na medida do possível, o psiquiatra em suas atitudes profissionais evite um dano, um mal ou uma ofensa ao outro. Com essa finalidade, o profissional deverá valer-se da regra de ouro que rege

esses princípios, qual seja: "trate aos outros como você gostaria de ser tratado".

Os conflitos éticos frente a esses princípios decorrem do fato de que a beneficência e a não-maleficência estão baseadas em valores do outro, no caso o paciente, e poderão ser questionados quando ele considerar como não sendo os seus e sentir-se prejudicado. Em saúde mental esses princípios justificam-se quando o paciente for considerado incapaz, ou frente a internação involuntária de um paciente quando o psiquiatra julgar que:

a) Uma pessoa que devido a um transtorno mental, tenha uma séria possibilidade de causar um dano imediato ou iminente a si próprio ou a outros.

b) Uma pessoa com transtorno mental severo e julgamento prejudicado poderá ter uma séria deterioração de seu estado, se deixar de ser internada.

c) A condição do paciente não permitir a oferta de um tratamento adequado.

Tais princípios fundamentam-se nas seguintes máximas de Hipócrates: "Usarei o tratamento para o bem dos enfermos, segundo minha capacidade de juízo, mas nunca para fazer o mal e a injustiça. No que diz respeito às doenças, criarei o hábito de duas coisas: socorrer ou ao menos não causar danos".

A finalidade de impor a beneficência justifica-se porque esse ato vai prevenir sofrimento ou dor a alguém; a da não-maleficência para afastar um sofrimento ou uma dor do outro. Ou seja, propicia bem-estar ao próximo.

Princípio de autonomia

A autonomia tem como origem a virtude da liberdade. Ela permite a possibilidade de o indivíduo exercer o seu livre-arbítrio, o que lhe proporciona fazer suas próprias escolhas. A autonomia inclui a possibilidade soberana de decidirmos por nossa própria vida, mas isto não nos autoriza decidir pela vida dos outros.

No outro extremo da autonomia do indivíduo está a atitude paternalista imposta pelo outro, a imposição de ideais diferentes de uns sobre os outros. No mundo das teorias, as relações humanas podem oscilar entre a autonomia total dos indivíduos e a atitude paternalista absoluta por parte de outros, impondo uma submissão. Porém na prática esta relação autonomia versus paternalismo sempre irá variar de maneira pendular, que pode ir desde um paternalismo forte e uma autonomia restrita, até um paternalismo fraco e uma forte autonomia.

Nas relações humanas, a autonomia pressupõe liberdade de opção frente aos conflitos que podem surgir quando a razão e a emoção não estão em consonância. A ação que nasce do conflito, quando este se der no plano mental, denominamos pensamento, e será ele que nos permitirá decidir de forma autônoma a nossa atitude. A autonomia está ligada a uma escolha reflexiva e individual, que poderá estar limitada pelas possibilidades que a realidade nos impõe.

O princípio da autonomia pressupõe pelo menos duas condições que deverão ser respeitadas: a competência do indivíduo a ser atribuída pela sociedade, e o direito à liberdade individual e social.

Na relação médico-paciente a questão da autonomia é tratada dentro do âmbito profissional, que será direcionado no interesse da preservação dessa relação e no respeito da autonomia de ambas as partes. A escolha autônoma, dentro de uma justa medida, está condicionada em primeiro lugar à competência para exercê-la (tanto do médico quanto do paciente); em segundo lugar, ao reconhecimento de sua existência como direito do outro (é o paciente quem na prática torna o médico um clínico); em terceiro lugar, à possibilidade da existência de opções (sem opções não há possibilidade do que escolher). Portanto, nessa relação, médico e paciente devem ter suas autonomias respeitadas reciprocamente, dentro dos limites da própria relação[5].

O princípio do respeito à autonomia em saúde mental não dá liberdade absoluta ao paciente nem ao profissional, pois na prática ela não existe, ela é apenas um ideal. O que podemos observar na prática

é que a relação profissional é assimétrica quanto a sua função e se baseia na competência, na confiança e na confidencialidade.

São essas características que irão determinar o quanto as pessoas podem e devem encontrar-se acessíveis na relação profissional. Os limites dessa relação variam desde uma autonomia forte e um paternalismo fraco – por exemplo, quando um paciente comenta ao psiquiatra que, além dos psicofármacos que lhe foram indicados, ele faz algum tipo de terapia alternativa, o que é aceito pelo psiquiatra – até um paternalismo forte e uma autonomia fraca – quando o psiquiatra convence o paciente, que não deseja ser internado, a internar-se para obter um tratamento mais adequado.

Para que ocorra essa relação baseada na autonomia das pessoas é necessário que o profissional respeite seus valores e anseios, assim como os valores e anseios do paciente ou de seu representante.

Princípio de justiça

Temos pelo menos dois enfoques diferentes para a justiça: a individual, que a sociedade concede ao indivíduo; e a social, quando a sociedade é pensada como um todo.

A justiça individual foi observada por Locke, em 1690, quando ele descreveu os direitos primários que o ser humano tem[6]. Trata-se dos chamados direitos humanos, civis e políticos: o direito à vida, à saúde ou á integridade física, à liberdade e à propriedade e, ademais, o direito autodefesa em caso de ameaça. Tais direitos abarcam o bem do indivíduo. No entanto, para que possa converter-se em bem comum é preciso efetuar um pacto ou contrato, o chamado contrato social.

O objetivo é atingir a justiça social, que se identifica com o bem comum, entendendo por tal uma lei estabelecida, aceita, conhecida e firme que sirva por comum consenso de norma para o justo e o injusto. Trata-se, portanto, de um novo conceito de justiça distributiva: a justiça como liberdade contratual.

Por outro lado, podemos observar que existem pelo menos três tipos de lei[7], que os moralistas dizem que sempre deveremos nos

submeter, e que os bioeticistas tentam pensar sobre elas e aceitá-las ou tentar modificá-las.

1- Da Natureza. Denota qualquer relação objetiva na natureza. Parte-se da premissa de que as leis naturais não podem ser violadas. Porém, a evolução científica passou a questioná-las e os bioeticistas estão pensando se esta premissa é universal. Isso ocorre, por exemplo, na clonagem de seres humanos, frente às novas espécies transgênicas, frente à operação corretiva do sexo nos transexuais, etc.

2 - Do Conhecimento. Designa hipótese, norma ou princípio geral. São as leis das ciências. Às vezes nos devemos questionar sobre a veracidade dos axiomas: se Plutão é mesmo um planeta, seleção natural ou artificial, etc. Frente à utilização dessas leis, os bioeticistas deverão estar atentos, por exemplo, aos limites na pesquisa de novos medicamentos, à utilização do consentimento válido e pós-informado de quem irá participar da pesquisa, quanto à utilização ou não de células-tronco em pesquisa, etc.

3- Da Moral. São leis impostas pela cultura e que, no limite, deveriam ser universais como as leis da religião, os códigos, etc. A função desse tipo de lei é a de permitir o convívio sócio-cultural das pessoas. Por esse motivo elas sempre vão reprimir parte dos desejos onipotentes humanos — por exemplo, não matar, não cobiçar a mulher do próximo, etc. A bioética sempre deverá de forma sensível questionar os limites nas relações do ser humano, pois a moral nunca poderá ser abrangente em tudo. Por exemplo, a bioética questiona a moral quando permite o aborto ou quando levanta questões sobre a autonomia irrestrita e total do indivíduo, etc.

No exercício profissional temos normas que devemos respeitar. Por exemplo, frente à confidencialidade no exercício profissional, os códigos dizem que ela sempre será relativa, pois em situações limites o psiquiatra deverá revelar o segredo que seu paciente lhe confidenciou. Ou ainda, quando for perito, o profissional da área de saúde deverá dizer ao periciado que tudo que ele disser será revelado ao juiz, mas que ficará protegido dentro do segredo da justiça.

Outra questão surge frente ao *living will*, ou seja, sobre o testamento que uma pessoa faz, portanto legalmente válido, no qual coloca seu desejo sobre como quer ser tratado caso não tenha mais competência para decidir sobre sua própria vida. Por exemplo, uma pessoa que seja testemunha de Jeová e que não queira receber transfusão de sangue. Ou quando o paciente ou os familiares não desejarem tratamento considerado fútil para a sobrevida dele, mas os médicos da UTI consideram que ainda é válido mantê-lo vivo, mesmo que isto traga muito sofrimento para ele ou para os familiares.

Eqüidade

A eqüidade é uma forma de aplicar o direito, mas sendo o mais próximo possível do justo, do razoável. O fim do direito é a justiça, além de valores suplentes como a liberdade e a igualdade. Mas é difícil definir o "justo", pois pode existir na concepção de quem ganhou a causa e não existir na de quem perdeu. É necessário um ideal de justiça universal.

A justiça social proposta por Cristo e por Marx, dando a todos a igualdade social, tomou várias direções. O Estado constitucional moderno está baseado nos princípios de igualdade e respeito aos direitos humanos civis e políticos, mas fomenta a desigualdade e a injustiça porque perpetua a propriedade privada.

O princípio da eqüidade poderia ser definido pelas palavras de Rui Barbosa:

"A regra da igualdade não consiste senão em quinhoar desigualmente aos desiguais, na medida em que se desigualam. Nessa desigualdade social, proporcionada à desigualdade natural, é que se acha a verdadeira lei da igualdade. O mais são desvarios da inveja, do orgulho, ou da loucura. Tratar com desigualdade a iguais, ou a desiguais com igualdade, seria desigualdade flagrante, e não igualdade real. Os apetites humanos conceberam inverter a norma universal da criação, pretendendo, não dar a cada um, na razão do que vale, mas atribuir o mesmo a todos, como se todos se equivalessem.[8]"

Para isso existe a eqüidade. Ela consiste no estudo do caso em suas peculiaridades, suas características próprias, conseqüentemente originando uma decisão para aquele caso especificamente, aproximando-se ao máximo possível do justo para as duas partes.

É preciso salientar também que a eqüidade é fonte do direito. Ela é usada para no caso de existirem lacunas na lei. A partir dessa permissão, o juiz pode utilizar a eqüidade em suas decisões para atingir a justiça.

O Estado deve dar a cada paciente psiquiátrico o que necessita e, portanto, tem a obrigação de cobrir de modo gratuito e total a assistência sanitária de todos os cidadãos, pois a nossa Constituição reza que todos têm direito à saúde e que é um dever do Estado provê-la. Porém, frente à alocação de recursos em psiquiatria, que são limitados, surgem enormes conflitos éticos. Poderíamos nos perguntar se devemos privilegiar as internações, que são muito caras e favorecedoras de poucos indivíduos, ou, com os recursos, deveríamos promover o atendimento ambulatorial. Ou então, se deveríamos alocar mais verbas para a pesquisa de novos fármacos.

A eqüidade deveria ser a base ética a guiar o processo decisório na alocação de recursos à saúde mental. Isto pode gerar grandes conflitos: em primeiro lugar, como alocar recursos escassos para atender toda a população; em segundo lugar, como reconhecer quais são as necessidades para cada indivíduo, já que elas são diferentes.

Podemos dizer que a equidade é o princípio ético que permite resolver parte razoável das distorções na alocação de recursos em saúde mental, ao acrescentar as possibilidades de qualidade de vida a importantes parcelas da população.

Reflexões finais

A Bioética é uma ferramenta fundamental que a humanidade alcançou para poder pensar o seu desenvolvimento frente ao enorme avanço técnico-científico que presenciamos. A nossa expectativa de vida triplicou desde 1800, o que gerou novos valores e novos tipos de relações. Essa nova possibilidade de vida trouxe muitos conflitos econômicos, sociais,

psicológicos, etc., mas, para se considerar um ser humano como tal, o indivíduo deverá ser antes de qualquer coisa ético.

Ademais, observamos na Bioética principialista ideais correspondentes aos que embasam a Declaração dos Direitos Humanos: à liberdade corresponderia a autonomia na relação médico-paciente; à igualdade, a justiça; e à fraternidade, a beneficência.

Para concluir, entendemos que a ética emerge das relações psicossociais. Os animais não têm problemas éticos, pois não são sujeitos da cultura. Somos nós enquanto seres humanos quem criamos e resolvemos os conflitos éticos. Nós não nascemos nem éticos e nem antiéticos, nascemos aéticos e com a possibilidade de vir a ser ético. Iremos desenvolver a ética durante o nosso amadurecimento, pois ela faz parte do processo de humanização que todo indivíduo deve percorrer.

Podemos pensar em duas éticas que podem se contrapor: a ética do indivíduo e a ética do outro. De suas diferenças é que surgirá o que denominamos a bioética nas relações humanas. A bioética emerge da percepção simbólica da existência do outro (sujeito ou objeto), do conflito que isto causa e da necessidade de nos relacionarmos com o outro ser.

A questão que essa nova bioética nos traz é a do respeito ao outro nas relações. Assim, não devemos impor nossos desejos aos outros, mas permitir que todos possam se expressar de forma pública, dizendo o que sentem e pensam. Isso pode ser observado, por exemplo, no momento em que a sociedade passa a respeitar os direitos das minorias.

Referências bibliográficas

1. Reich WT, editor. Encyclopedia of bioethics. New York: Free Press; 1978.
2. Cohen C, Marcolino JAM. Autonomia x paternalismo. In: Segre M, Cohen C. Bioética. 3. ed. São Paulo: EDUSP; 2002.
3. Cohen C. Bioética e sexualidade nas relações profissionais. São Paulo: Associação Paulista de Medicina; 1999.
4. Beachamp RL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 4. ed. New York: Oxford University Press; 1994.
5. Cohen C, Marcolino JAM. Aspectos éticos. In: Cordas TA, Moreno. 4. ed. Condutas em psiquiatria. SãoPaulo: Lemos; 2001. p. 47-66.
6. Abbagnano N. Diccionario de filosofia. México: Fondo Cultural Econômico; 1986.
7. Cohen C. O incesto, um desejo. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1993.
8. Barbosa R. Oração aos moços. In: Barbosa R. Escritos e discursos seletos. Rio de Janeiro: Nova Aguilar; 1995.

Considerações éticas sobre psicoterapia de grupo, de família e de casal

Antonio Carlos Cesarino

O tema ética na conduta do psicoterapeuta, seja qual for sua formação e orientação doutrinária, sempre foi muito discutido entre os profissionais desse tipo de atividade. Há um número razoável de trabalhos e livros publicados sobre isso, tanto no Brasil como no resto do mundo.

Neste texto não se pretende abordar exaustivamente essas discussões, que são ricas e importantes, mas principalmente delinear algumas sugestões-regras que possam ajudar a nortear os profissionais médicos em suas dúvidas. Para discussões mais amplas, remetemos o leitor à bibliografia citada no fim do texto. De qualquer forma, algumas considerações deverão ser feitas no decorrer da exposição. Claro que a primeira e indiscutível orientação é a obediência estrita do Código de Ética Médica em toda sua abrangência.

Psicoterapia de grupo

A presença de duas ou mais pessoas, além de um coordenador de grupo, no mesmo lugar, ao mesmo tempo e com o propósito claro e declarado de tentativa de ajuda dos membros do grupo através de meios psicológicos é suficiente e necessária para qualificar esse procedimento como *terapia de grupo*. Espera-se, como é óbvio, que todos os participantes estejam lá de livre vontade e sejam minimamente informados pelo profissional do procedimento que se vai efetuar. É evidente que

essas informações não necessitam obrigatoriamente definir técnica e teoricamente o processo, mas conter o mínimo de dados que possam permitir aos clientes saberem onde estão.

É importante, entre outras informações, que os pacientes fiquem conscientes de que não estão ali, em grupo, apenas porque esse é um procedimento mais barato, mas que aquela é uma forma específica e válida de se fazer terapia e que tem alcance e possibilidades definidas. Por isso é indispensável que o terapeuta esteja suficientemente preparado para esse tipo de tarefa e escolha os pacientes que a seu critério sejam aptos e possam ser beneficiados por ela.

Há diversas orientações teóricas — e, portanto, tecnicamente diferentes — para o trabalho com grupos, por exemplo: grupo-análise, terapia gestáltica, transacional, behaviorista, psicodramática, etc. O terapeuta deve estar suficientemente a par das características e alcances principais das posturas existentes para informar a seus pacientes, de maneira adequada e respeitosa, sobre outras maneiras de trabalhar, quando a isso for solicitado. Não é ético e nem verdadeiro afirmar que a única maneira correta de trabalhar é a sua. Sabe quem tem experiência que diferentes pessoas podem se adaptar melhor e se beneficiar mais em variados manejos terapêuticos. Naturalmente não cabe neste texto discorrer sobre essas características.

O terapeuta deve aceitar disponibilizar dados sobre sua formação profissional, se solicitados. Como no Brasil não há legislação que regularize a profissão de psicoterapeuta, espera-se que o coordenador de grupo tenha uma formação profissional coerente com sua atividade (em nosso caso, tenha o diploma de médico e de preferência especialização ou experiência em psiquiatria e psicologia médica). Além disso, deve ter uma preparação especializada como psicoterapeuta em instituição formadora respeitada.

Nos EUA, na Argentina, no Uruguai e em muitos países da Europa, psicólogos e até profissionais de outras áreas das ciências humanas exercem atividades psicoterápicas. Sua atuação escapa do campo dos Conselhos Regionais de Medicina, devendo em algum momento ser

regulada por legislação adequada. Precisam também obedecer aos respectivos Códigos de Ética profissionais. Deveriam em princípio manter algum tipo de contato profissional com médicos psiquiatras para dirimir eventuais dificuldades (sobre necessidade ou não de medicamentos, sobre dúvidas diagnósticas que pertençam ao âmbito da psiquiatria, por exemplo). Como não existe qualquer regulamentação oficial nesse sentido, atualmente essa atitude fica por conta do bom senso e da postura responsável desses profissionais.

O código da IAGP

Há posturas básicas recomendadas para todos os psicoterapeutas de grupo. A IAGP (International Association of Group Psychotherapy) vem há algum tempo trabalhando num código de ética abrangente. Para tanto tem consultado especialistas de todo o mundo, inclusive do Brasil. É um trabalho a muitas mãos. Temos recebido comunicações de membros do comitê de ética e de padrões profissionais da IAGP, de onde tiramos algumas das sugestões colocadas neste artigo.

Embora saibamos que a ética e a moral sofrem influências com o decorrer da história, há diretrizes básicas atualizadas e seguramente certas normas não deverão se modificar jamais. Nunca existirá, entretanto, um Código definitivo em sua totalidade — como o nosso Código de Ética Médica que de tempos em tempos sofreu revisões para se adequar às mudanças requeridas pelas evoluções técnicas e culturais.

Faremos um pequeno resumo das questões ventiladas no código da IAGP, que em sua maioria não são exatamente novas em relação ao que vem sendo defendido entre nós pelos psicoterapeutas de grupo. Sempre é bom que essas posturas sejam enfatizadas, principalmente em âmbito internacional, o que amplia o seu valor normativo, mesmo que não estritamente legal.

Um dos pontos iniciais, quando se trata de princípios gerais, diz que o psicoterapeuta de grupo precisa ter sempre presentes os valores expressos na Declaração Universal dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU). Precisa assim valorizar e tentar

ajudar a promover o bem-estar, a igualdade e a tolerância entre as pessoas, estimular a confiança e a solidariedade. Não deve impor sua posição pessoal política, religiosa ou doutrinária. Não deve discriminar nem explorar seus pacientes em função de idade, gênero, etnia, cultura, orientação sexual, credo, filiação política. Quando perceber que tem vieses pessoais em relação a uma dessas circunstâncias que o deixem desconfortável na relação, deve encaminhar o paciente para outro terapeuta. Necessita estar seguro de ter condições pessoais de saúde física e mental suficientes para a tarefa a que se propõe.

Nesse esboço de código da IAGP abordam-se ainda assuntos como a confidencialidade do que se passa durante o trabalho terapêutico, salientando que a possibilidade real de segredo nesse tipo de tratamento é relativa, embora deva ser procurada com o máximo de empenho. Lembra-se, por exemplo, de que mesmo depois de encerrado o tratamento podem permanecer traços de relações transferenciais e contratransferenciais não resolvidas e que isso deve ser levado em conta pelo terapeuta em eventuais relacionamentos sociais posteriores com seu ex-cliente.

No que diz respeito à pesquisa científica, é salientado que não apenas o terapeuta deve se manter informado sobre os mais recentes avanços em sua área de atuação, como precisa informar e obter o consentimento do grupo quando ele estiver sendo objeto de pesquisa, mesmo com os cuidados de sigilo tomados.

Sobre a formação do psicoterapeuta, salienta-se que esta deve se basear em pelo menos três requisitos, além de uma profissão "ancoradora" (médico, psicólogo, assistente social, etc): informação teórica conseguida em estabelecimento autorizado; terapia pessoal — preferencialmente também em grupo —, pelo menos durante parte do tempo de formação; e trabalho supervisionado durante determinado tempo por profissional mais experiente. É importante lembrar que atualmente a IAGP se refere não apenas a profissionais de saúde — terapeutas —, mas também a outros profissionais que podem utilizar técnicas de trabalho grupal para outras finalidades: assistentes sociais, professores, religiosos, etc. Por isso mesmo pretende mudar seu

nome para International Association of Group Process. Naturalmente serão diferentes as exigências para tipos de trabalho com grupos que não tenham intenção terapêutica.

Todos os profissionais (em nosso caso, os médicos) estão comprometidos concretamente com seus pacientes e formalmente com o código de ética de sua categoria. Esse código normatiza a prática, estabelece de maneira ampla o que pode ou não ser feito no exercício do trabalho. As normas e princípios lá expressos não devem apenas ser "obedecidos", mas assumidos com consciência e crítica, como próprios. Como algo que se coaduna com nossos sentimentos e com nossa forma pessoal de viver esses valores.

Cabe aqui uma rápida digressão. Crescemos e fomos educados acreditando em uma série de valores (e nos direitos e deveres daí oriundos), que nos parecem (e assim são sentidos) como eternos, naturais e universais. Mas não é bem assim. A ética é também histórica e está ancorada na cultura (que varia com o tempo e com o lugar). Quando temos condições suficientes, podemos utilizar uma capacidade moral de escolher entre condutas diferentes e de nos aceitarmos como pessoas livres que se percebem como causa consciente e responsável por suas próprias ações.

Observamos, entretanto, que a conduta que vemos como ética em geral vem deixando de ser universal (temos sempre a impressão de que as pessoas no tempo de nossos pais eram mais íntegras que as de hoje) e parece mais evidente que a visão do que se chama de "bem comum" está cada vez mais obscurecida. A sensação é de que a ética está reduzida ao particular, ao mundo privado. Não vale mais para a esfera pública. No geral permanece nos discursos, mas nem sempre na prática.

Já não nos surpreende a violação sistemática dos direitos humanos causada em todo o mundo por interesses econômicos de grupos internacionais, levando contingentes cada vez maiores da população mundial à miséria. Presenciamos graves desvios de conduta cometidos por pessoas públicas aqui e em outros países. A freqüência dessa constatação cotidiana vai deixando de chamar a atenção e causar

surpresa. Aos poucos vai sendo "naturalizada". O que era antiético passa a ser visto como "esperteza".

No que nos atinge mais diretamente essa mudança das posturas? Aí vem, por exemplo: a lógica do mercado e do lucro atingindo os interesses mais propriamente humanos — como na produção e comercialização de determinados medicamentos —, e os interesses financeiros de certas empresas aviltando o trabalho médico. Existe o risco sempre presente de que essa forma de pensar e atuar tenda a comprometer cada vez mais o aspecto fundamentalmente humano da prática médica.

As regras éticas de Moreno

A preocupação com o sigilo é muito freqüente nos trabalhos sobre psicoterapia de grupo. É natural, em nossa cultura, que as pessoas que vêm tratar de questões íntimas não desejem que essas situações sejam de alguma maneira divulgadas. Isso poderia causar constrangimentos, dificuldades e sofrimentos. Não apenas o terapeuta, mas todo o grupo, que também participa como fator importante do tratamento, está comprometido com esse segredo. Essa é uma regra clara que deve ser estabelecida com o grupo, desde o início.

Moreno — o criador da psicoterapia de grupo e do psicodrama — foi o primeiro a sugerir formalmente regras éticas para essa atividade. Postulava que o juramento de Hipócrates dos médicos deveria ser estendido a todo o grupo. Acreditava, entretanto, que fazer desse compromisso apenas um requisito formal inicial seria de pouca valia. Era necessário que o grupo tivesse um certo crescimento e que os membros do grupo devessem ser levados a compreender a necessidade da discrição e assumir sua responsabilidade recíproca no curso do tratamento.

Moreno criou um código de ética com dez itens, bastante extensos. Resumidamente, declarava principalmente: a denominação Psicoterapia de Grupo ou Psicodrama só pode ser utilizada pelo profissional que estiver realmente preparado para esse tipo de atividade; entre as metas essenciais desse trabalho está a de prestar serviços ao grupo, mas também

proteger o paciente de injustiças e garantir sua dignidade; os grupos devem ser dirigidos de maneira democrático-cooperativa, sendo todos tratados de forma igualitária, sem qualquer tipo de discriminação; o grupo já existente tem direito de participar da aceitação e escolha de novos membros; todos devem pagar os mesmos honorários, sem distinção ou privilégio de qualquer um; e, como foi relatado acima, todos participam da obrigação do sigilo e, como integrantes do grupo, são co-terapeutas auxiliares no tratamento de todos (Moreno, 1974).

O básico é que a pessoa em tratamento possa sentir confiança no grupo para tratar de seus assuntos privados. O profissional deve manter o anonimato de seus pacientes em outros ambientes. Mesmo depois que o paciente tenha deixado o grupo, a responsabilidade com o sigilo se mantém.

Há situações em que o contato com terceiras pessoas (membros da família, amigos, outros médicos, por ex.) se faz necessário. Isso só deve ocorrer com prévia permissão do paciente, exceto em circunstâncias muito especiais, como quando o seu comprometimento mental for de tal forma intenso que ele não tenha condições de avaliar graves riscos, e os terceiros não estejam a par da situação. O mesmo se dá quando há grande probabilidade de que o paciente venha a colocar em risco a integridade física de outra pessoa.

O bom senso do profissional e sua postura responsável diante do sofrimento alheio podem ser a garantia de que a conduta será sempre a mais adequada para ajudar. Em situação de dúvida ou dificuldade a respeito de qualquer aspecto do tratamento, o coordenador do grupo deve discuti-la com um outro colega (altervisão), ou com um colega mais experiente (supervisão).

Sugere-se que o terapeuta não tenha com seus pacientes outros tipos de relacionamento que não sejam os necessários para a própria tarefa. No caso de acontecerem encontros casuais, deve haver discreta cordialidade, mas evitar qualquer intimidade ou compromisso de outra ordem. Da mesma forma é totalmente desaconselhável qualquer tipo de negócio com clientes em tratamento.

Nas instituições públicas de saúde mental (ambulatórios, postos de saúde, etc.), quando existe a preocupação e a possibilidade de atuação psicoterápica, ela é quase sempre feita em grupo. Nessa situação, mais ainda do que em consultório particular, é indispensável atentar para a formação adequada do profissional. A maior parte dos profissionais provém das classes média e alta de nossa sociedade e terá dificuldade de empatizar mais profundamente com os pacientes que, em sua maioria, vem de extratos mais baixos da escala social. Corre-se o risco, por falta de informação, de confundir produtos de uma situação de pobreza, de conflitos com a realidade, com questões de ordem simplesmente psicológica.

Nos consultórios particulares, tanto quanto nas instituições, a postura precisa ser democrática, e o terapeuta deve assegurar a todos o direito à palavra. Isso redundará para o grupo num exercício de tolerância e cooperação. Quanto ao pagamento, tem de ser igual para todos os membros (como dizia Moreno) de forma que não se coloquem situações de "inferioridade" e favorecimento especial desde o início.

Nos últimos tempos tem aumentado a freqüência de trabalhos psicodramáticos ou de outra natureza com grandes grupos. Então se coloca como de extrema importância o contrato inicial: o que se pretende fazer naquele encontro? Em que limite se poderá caminhar para uma situação de terapia individual dentro de um grupo desse tipo, em que o sigilo é praticamente impossível? Para esse tipo de trabalho é indispensável uma formação técnica adequada que permita lidar com a devida habilidade nos momentos em que as pessoas "se oferecem" como protagonistas de situações grupais de grande envolvimento emocional.

Psicoterapia de grupo familiar

Uma família vem para a terapia com uma longa história anterior. Há expectativas, frustrações, ciúmes, peculiaridades de comunicação, mutualidades falsas ou verdadeiras, mitos criados ao longo dos anos, sentimentos os mais variados e de grande profundidade entre seus membros, segredos ciosamente guardados por muito tempo. Já chega

com toda uma microcultura estruturada e um sistema de defesas geralmente bastante resistente a qualquer mudança, que é sentida como ameaça; teme-se uma dissolução do grupo.

Há muita diferença do grupo de terapia habitual, em que as pessoas provêm de famílias e situações diferentes, não tiveram infância em conjunto com os companheiros, não viveram anos de rivalidade ou cumplicidade, não têm expectativas acalentadas longamente a respeito dos demais, não trazem uma tradição já pronta e vão aos poucos criar sua própria cultura. Claro que cada membro desse grupo trará dentro de si elementos de sua vida familiar, mas as necessidades se comporão de maneira diferente, nova. Na maior parte das vezes, os grupos familiares acorrem à terapia em função do comportamento "desviante" de um de seus membros (o "paciente identificado" de Pichon Rivière).

No trabalho psicoterápico com famílias há uma série adicional de preocupações éticas, além das válidas para todos os grupos. A família nessa situação traz sempre uma "solidariedade familiar" bastante nítida, que redunda em dificuldades para aceitar que problemas do paciente "oficial" sejam percebidos como reflexo ou manifestação de problemas de todo o grupo. A revelação de sentimentos de ódio ou malquerença, de falhas educacionais dos pais que podem levar a um desmascaramento e destruição da estrutura hierárquica implantada, o surgimento de detalhes ciosamente escondidos da vida sexual de alguns membros trazem o risco de impossibilidade de continuação do tratamento, ao reforçar e "dar razão" às resistências pré-existentes e, pior, de agravar os desajustes do grupo (e do paciente identificado, que será ainda mais culpabilizado). Pode-se mesmo inadvertidamente ocasionar uma ruptura do grupo, que pode ser desastrosa.

Mais uma vez faz-se necessário lembrar que o profissional deve estar adequadamente preparado do ponto de vista técnico e psicológico para enfrentar essa tarefa. É importante que o terapeuta atue no sentido de conseguir criar uma atmosfera de franqueza, tranqüilidade e honestidade cuidadosa. Não é incomum que no curso do tratamento surjam sintomas de ansiedade, somatizações ou até problemas mais sérios em outro membro

da família que não o paciente etiquetado. Isso pode ser parte da mudança do equilíbrio duramente conseguido pela família durante anos, mesmo com o sacrifício inconsciente de um de seus membros.

É relativamente comum que dentro de sua confusão e insegurança a família tente colocar o terapeuta no papel de árbitro de seus conflitos, ou de tutor que sugira soluções inclusive de problemas concretos da vida da família. É importante, técnica e eticamente que o profissional trate de fortalecer a família em sua crescente nova configuração, abstendo-se de impor seus próprios valores a partir de sua posição de autoridade. O terapeuta deve ser extremamente atento e cuidadoso, sempre deixando claro que pode ser difícil e dolorosa a perseguição do objetivo que é de criar um relacionamento mútuo genuíno e saudável por meio da compreensão e possível resolução de conflitos que existiam há muito tempo.

Nunca deve o profissional assumir partido dentro de seu trabalho com o grupo. Pode sentir que determinada pessoa está sendo injustiçada e deve colocar essa sensação em discussão. Pode também, se achar necessário, sugerir que determinado membro do grupo faça também psicoterapia individual, fora do grupo, de preferência com outro terapeuta.

Temos dentro de nós uma visão registrada (nem sempre totalmente consciente) de família, de um modo geral com alguma influência — positiva ou não — da família de onde viemos. Embora preparado teórica e praticamente, existe sempre a possibilidade de vieses puramente automáticos que fazem o terapeuta de família correr o risco de se sentir "mais simpático" a um dado comportamento de algum membro do grupo. É importante que o profissional acompanhe, com o melhor possível, a grande quantidade de estudos e trabalhos de psicólogos sociais, antropólogos, sociólogos, historiadores a esse respeito.

A idéia que temos de família e que faz parte do imaginário social vem se modificando em muitos aspectos. Os autores discutem as modificações na forma de distribuição de autoridade e amor e sua relação na dinâmica dos comportamentos. A constituição da família "típica" da modernidade (pai, mãe e filhos), que vem sendo muitas vezes substituída

por famílias monoparentais; a determinação das características dos papéis masculinos e femininos na vida de trabalho intra e extra familiar; a assunção do papel antes indiscutível do "provedor" e por isso detentor do saber e da autoridade; a diferença bastante grande entre famílias de classes sociais (ou de grupos étnicos) diferentes — vem colocando muitas dificuldades até mesmo na própria definição do que seja família.

Daí a fluidez de muitos valores familiares, aos quais o terapeuta deve estar atento. Sem perceber pode estar atuando como defensor de padrões antigos, já superados por aquele grupo, e se colocar a serviço da manutenção de contradições complicadas. Parece claro que o terapeuta consciente de sua responsabilidade precisa estar tanto quanto possível ao corrente desses assuntos, da mesma forma que um cardiologista deve estar informado sobre as últimas evoluções técnicas de sua área.

Trabalho com casais

A díade também é um grupo: com o terapeuta, serão três pessoas. Assim, valem para essa atividade todas as considerações feitas acima. Mas há alguns aspectos a mais que gostaríamos de lembrar, sempre sem a preocupação de esgotar o assunto.

Os profissionais psi que trabalham com crianças freqüentemente se deparam com situações em que a patologia surgida não se situa na criança, mas na relação problemática dos pais, em que o filho(a) é colocado alternativamente como um objeto pertencente a um dos dois, para compensar realizações frustradas, servir de emissário para comunicações já não mais fáceis entre os cônjuges, etc. Nessas circunstâncias e em outras do mesmo tipo, a melhora do filho ocasiona a piora ou até a separação do casal. Dessa maneira, a real preocupação do terapeuta será com o casal, cuja fragilidade faz com que utilizem o filho como elemento suportivo de um equilíbrio instável.

A terapia do casal, como a do grupo familiar, é outra das situações em que os pacientes tentam levar o terapeuta a funcionar como juiz ou como conselheiro que decide tudo por eles. Para Ackerman, um dos mais antigos terapeutas de família e casal, o amor não é tão cego como

se pensava. As escolhas acontecem por meio de disposições e valores do momento e da cultura vigentes.

Nunca esteve tão crítica a instituição casamento como em nossos dias. Não apenas é menos comum a exigência do casamento formal, ritualizado, como são cada vez mais numerosas e mais precoces as separações. A questão é relativamente menos importante quando não há filhos, mas passa a ser potencialmente mais grave quando as crianças presentes colocam mais dificuldades na situação de um vínculo forçosamente definitivo entre duas pessoas que já não se querem. A existência dos filhos coloca, real ou pelo menos subjetivamente, algum tipo de continuidade da relação conjugal, seja pela obrigação de pensões alimentícias, seja pelo desejo de ver os filhos e interferir em sua formação.

Em todo o trabalho de psicoterapeuta é importante que o profissional esteja bastante cônscio de seus valores e preferências para não os impor inadvertidamente aos clientes. Aqui mais do que nunca é indispensável essa preocupação. Não há como não se envolver afetivamente numa situação de crise conjugal. Na ocorrência de um casamento que está em vias de terminar, é difícil que o terapeuta não sinta uma simpatia maior por um dos dois membros do par. Deve cuidar atento para não fazer uma aliança inconsciente com ele.

Embora deva recusar o papel de juiz ou conselheiro, o profissional pode e deve eticamente tentar deixar o casal consciente da própria responsabilidade em relação aos filhos. Nesse momento torna-se declaradamente agente da parte mais fraca (as crianças) que não tem como se defender e pode ser gravemente prejudicada pela situação.

Em todo o trabalho psi é freqüente uma certa coincidência entre rigor técnico e rigor ético. Em nenhuma ocasião o médico deve aceitar uma entrevista com um só dos membros do casal, a não ser que já esteja terminado o tratamento e um ou ambos queiram aconselhar-se — por exemplo, após a separação — sobre o cuidado com os filhos, ou outra dúvida concernente. O profissional não pode correr o risco de ficar depositário de um segredo que não foi trazido durante a terapia do casal e que não deverá ser aberto por ele.

Referências bibliográficas

1. Ackerman, NW. Diagnóstico y tratamiento de las relaciones famíliares. B.Aires, Ed. Hormé, 1961.
2. Ahlin, G. Guidelines for a Code of Ethics. Estocolmo, IAGP, (mimeo), 2006.
3. Cesarino, AC. Ética e Psicanálise, in Desafios Éticos. Brasilia, Conselho Federal de Medicina, 1993.
4. Cesarino, AC. A questão do sigilo nos grupos psicodramáticos, in Ética nos Grupos, Almeida, W.C. (org.), S.Paulo, Ágora, 2002.
5. Colombo, SF. (org.): Gritos e Sussurros (terapia de casal). S.Paulo, Vetor Editora, 2006 (2 volumes).
6. Ehrenwald, J. Neurosis en la Família. Mexico, Siglo Veinteuno Ed., 1967.
7. Fonseca, J. Anteprojeto para um código de Ética da IAGP. S.Paulo, IAGP (mimeo), 2006.
8. Haley, J.(org.): Tratamiento de la Família. Barcelona, Ed.Toray, 1974.
9. Kaplan, HI. e Sadock, BJ. Comprehensive Group Psychotherapy. Baltimore, Willams & Wilkins Co., 1971.
10. Lemaire, J. Terapias de Pareja. B.Aires, Amorrortu Ed., 1974.
11. Moreno, JL. Psicoterapia de Grupo e Psicodrama. S.Paulo, Mestre Jou Ed., 1973.
12. Satir, V. Terapia do Grupo Familiar. S.Paulo, Francisco Alves Ed., 1976.

Assistência psiquiátrica e desinstitucionalização

Itiro Shirakawa
Eliana Cristina Gonçalves

A década de 1960 caracterizou-se pela expansão do modelo assistencial hospitalocêntrico em psiquiatria. Credenciada pelo próprio governo, a rede de hospitais psiquiátricos estatais e particulares tornou-se o pilar da assistência psiquiátrica[1]. Em 1973, o professor Luiz Cerqueira incentivador da psiquiatria social, com visão de futuro, enfatizava a necessidade de um modelo mais abrangente, que incluísse uma boa rede de atendimento ambulatorial e serviços psiquiátricos em hospitais gerais[2]. Tais modificações, entretanto, começaram a ser implantadas no Brasil somente a partir da década de 80. Por outro lado, o desenvolvimento do pensamento da reformulação assistencial teve alguns marcos de sustentação, como a Declaração de Caracas, em 1985; a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987; e a Lei nº 10.216, promulgada em 6 de abril de 2001.

A Lei nº 10.216/01 veio substituir a antiga legislação de 1934 e apresentou, como um avanço inquestionável, a mudança do eixo do tratamento baseado na internação para um modelo de tratamento comunitário composto por equipe multiprofissional. Como comprovação, podemos destacar alguns itens do artigo 2º:

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - Ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - Ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

IV - Ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental".

Com relação à internação, a Lei nº 10.216 tem a preocupação em normalizar:

Art. 4º - A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º - O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º - O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer e outros.

§ 3º - É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º ".

Além disso, nos artigos 5° ao 10° a referida lei trata da questão da desospitalização dos pacientes internados há longo tempo e das questões referentes à internação voluntária e involuntária[3].

Implementação da reforma

Em 2005, quatro anos após a publicação da lei, em conferência realizada em Brasília comemorativa dos 15 anos da Declaração de Caracas, o Brasil foi reconhecido como um país que avançara na reformulação do modelo assistencial, com uma redução significativa do número de leitos psiquiátricos[4, 5]. Em 1996, existiam no país 72.514 leitos, que foram reduzidos para 42.076 em 2006, sendo este último número semelhante ao número de leitos do Estado de São Paulo em 1980.

O modelo de assistência proposto depende da construção de uma rede complexa de atendimento, na qual o paciente deve ter fácil acesso para um nível primário de atendimento, centralizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nos programas de saúde da família (PSF). Os ambulatórios de especialidade (ASM) e os centros de atenção psicossocial (CAPS), compostos por psiquiatras e profissionais especializados, devem ser capacitados para dar atendimento de forma mais intensa e freqüente a pacientes específicos, além daqueles serviços de atendimentos organizados para fases de agudização. Os leitos psiquiátricos, e os serviços de emergência psiquiátrica foram incluídos como nível terciário de assistência.

A criação e manutenção desse sistema de atenção à saúde mental exigem o funcionamento de uma rede, na qual o paciente encontre uma porta de entrada e um fluxo que permita o trânsito no sistema de forma adequada às suas necessidades. Esta rede depende da existência de políticas de saúde bem definidas, formação de equipes de atendimento bem preparadas, financiamento de estrutura física e recursos humanos.

Durante esse processo de reforma da assistência, temos observado uma acentuada preocupação em diversos níveis, principalmente governamentais, com a redução do número de leitos e/ou críticas acentuadas à internação psiquiátrica. A internação psiquiátrica foi, por décadas, um dos únicos métodos de tratamento ao doente mental e dava-se em hospitais superlotados, com condições precárias de higiene e freqüentemente caracterizados por assistência profissional negligente devido ao número insuficiente de profissionais. Porém, a internação psiquiátrica não deve ser confundida com o hospital psiquiátrico, pois quando indicada, em geral por tempo breve, continua sendo um dos instrumentos fundamentais de ação, devendo ser incluída na discussão do modelo de assistência.

Podemos observar, por exemplo, no Estado de São Paulo, que atualmente conta com 0,34 leitos por 1.000 habitantes, uma dificuldade na realização desse tipo de procedimento. Em 2006, num período de dois meses, das 5.698 internações solicitadas em diversas regiões

do Estado, somente 3.792 foram realizadas, resultando em aproximadamente 33% de internações não efetivadas. Estes pacientes em geral aguardam vagas em serviços de urgência, causando sobrecarga desses serviços, ou permanecem em casa oferecendo muitas vezes riscos para si ou para outros. Na prática clínica, chegam relatos de cárcere privado como última alternativa para familiares e pacientes. A dificuldade de internação também está relacionada com a ainda insuficiente implantação de serviços extrahospitalares de saúde mental.

No Estado de São Paulo, em 1983, havia 18 ambulatórios e, em 2006, passamos a contar com 585 unidades de atendimento em saúde mental, sendo 180 CAPS[6]. No Brasil atualmente temos 2,30 leitos por 10.000 habitantes, comparativamente menos que países como Venezuela, Itália e Argentina com respectivamente 2,5/10.000, 4,63/10.000 e 6,80/10.000[7]. Os leitos psiquiátricos em hospitais gerais estão na ordem de 3% do total de leitos psiquiátricos no Estado de São Paulo.

O Ministério da Saúde por meio de seu Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares, o PNASH, constituiu um instrumento para avaliação desses serviços considerando a estrutura física, as equipes de profissionais e os projetos terapêuticos dos hospitais psiquiátricos. A Portaria GM 52, de 20/01/2004, criou o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, reafirmando a política de redução de leitos de forma planejada, e redirecionou os recursos para a atenção extra-hospitalar. A regulamentação, inclusive a orçamentária, dos hospitais psiquiátricos é fundamental para que o que outrora foi chamado de manicômio ceda lugar para uma oferta de tratamento digno, humanitário e adequado às necessidades do paciente. Por meio da legislação em saúde mental fez-se possível instituir mecanismos de avaliação e gestão que determinem o adequado funcionamento destas unidades.

Reformulação e qualidade da assistência

A histórica centralização na assistência hospitalar era capaz de fornecer em uma só instituição a medicação, psicoterapia, moradia, reabilitação, serviço social e suporte social. Estavam amparados por este tipo

de estrutura os pacientes crônicos, graves, moradores de rua, idosos, pacientes com comorbidades clínicas e freqüentadores dos serviços de emergências. Os serviços de residência terapêutica despontam como substitutivos dos leitos de longa duração, mas há que se considerar que são serviços ainda em fase de implantação e que exigem financiamento dos três níveis governamentais. Os leitos em hospitais gerais, fundamentais na composição da rede de atendimento, exigem planejamento, projetos e financiamento para implantação e ainda constituem uma pequena porcentagem do total de leitos psiquiátricos do país.

A questão que se impõe é se o resultado deste movimento de reformulação da assistência, ainda em andamento, tem revertido em serviço de qualidade prestado ao paciente. Não há a menor dúvida, que a direção da reforma da assistência devesse ter sido conduzida para fora do hospital, mas devemos levar em consideração as dificuldades existentes na construção de uma rede de atendimento de qualidade que deve oferecer não somente atendimento, mas o suporte psicossocial. O direito à liberdade, individualidade e sociabilidade está preservado na permanência dos pacientes fora do hospital. Entretanto, é dever do médico questionar se a eles tem sido garantido "o melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades."

Medidas de implantação de novas unidades extra-hospitalares, tais como ambulatórios, CAPSs e residências terapêuticas, têm de ser cobradas pelas entidades civis — como conselhos profissionais, associações de familiares e pacientes, universidades — e devem ser organizadas, planejadas e priorizadas pelas três instâncias governamentais, enfatizando os instrumentos de financiamento. A efetivação da reforma da assistência em saúde mental se dará pela existência de sistemas ambulatoriais e hospitalares preparados, com possibilidade de oferecer aos pacientes as diversas modalidades de tratamento, assim como medicamentos, incluindo os de última geração, além de sistemas de moradia (Residência Terapêutica, Programa de Volta pra Casa) para receber aqueles que não possuem estrutura sócio/familiar continentes.

A Portaria GM Nº 251 de 31/01/02 estabeleceu diretrizes e normas

para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassificou os hospitais psiquiátricos, especificou o número de profissionais da equipe multiprofissional e definiu e estruturou a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede SUS. A Portaria GM 52/04, já referida, foi inovadora ao normalizar que nos hospitais não pode haver módulos de internação com mais de 40 leitos e que o hospital não deve ter mais que quatro módulos, ou seja, 160 leitos no total[3].

Assim, no todo, a legislação da reformulação da assistência psiquiátrica no Brasil parece contemplar os diversos equipamentos necessários para uma boa assistência ao paciente portador de transtorno mental. Entretanto, no momento, observa-se uma preocupação com a redução de leitos hospitalares, ignorando-se os dados da epidemiologia que mostram que casos agudos sempre vão existir em psiquiatria e que os familiares, não conseguindo lidar com o paciente em agitação psicomotora ou tentativa de suicídio, trancam-no no quarto até conseguir vaga.

A literatura especializada mostra que a doença psiquiátrica, como qualquer outra, cronifica se não for tratada pronta e adequadamente. A questão que fica é se o novo modelo não estará produzindo novos crônicos, caso a balança da desospitalização penda radicalmente para o outro lado.

A contínua avaliação desses serviços de saúde, o treinamento para os profissionais que atuam em saúde mental e o equilíbrio das ações governamentais são imprescindíveis na composição da rede de serviços. A existência e manutenção destes serviços constituem-se na base de prevenção e tratamento dos transtornos mentais. Caso contrário, é possível que haja necessidade da avaliação de questões éticas com relação ao atendimento do portador de doença mental.

Referências bibliográficas

1. Tenório, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 80 aos dias atuais: história e conceito. História Ciências Saúde 2002; 9(1): 25-59.
2. Cerqueira L. Raízes e tendências da psiquiatria social no Brasil. Rev. Neurobiologia, 1978; 41(supl.): 77-94.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental 1990-2004. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Carta de Brasília 2005: princípios orientadores para o desenvolvimento da atenção em saúde mental nas Américas. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, DF: OPAS; 2005.]
6. São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Avaliação realizada pela Coordenadoria de Planejamento da Saúde. São Paulo, SP: Secretaria de Estado da Saúde; 2005.
7. http://globalatlas.who.int

O psiquiatra e suas relações com os demais profissionais

Renato Del Sant

A psiquiatria é uma especialidade médica que muito depende do apoio de outras ciências para a sua estruturação doutrinária e atuação prática. Isso acontece devido à psiquiatria não tratar de um defeito instrumental no organismo (cardíaco, renal, locomotor, neuronal), mas da totalidade do ser humano, em suas vertentes biológicas, psicológicas, sócio-culturais e existenciais.

O estudo dos diversos ramos do conhecimento humano, não somente do biológico mas também o das ciências humanas, é necessário para a compreensão do exercício da psiquiatria. Conhecimento nas áreas de psicologia, psicanálise, filosofia, antropologia, direito e inclusive história é obrigatório ao profissional. Conseqüentemente, em sua prática o psiquiatra se depara com profissionais que também lidam com o ser humano como organismo e como um ser portador de significado.

O psiquiatra trabalha rotineiramente com médicos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicólogos e não muito raro com sociólogos, antropólogos, juristas, lingüistas, administradores e políticos. Portanto, é obrigação do psiquiatra conhecer o campo e os limites de atuação destes profissionais, além de atuar de forma ética no relacionamento com eles. É comum que o psiquiatra atue, como chefe ou como membro, nas equipes multi e interdisciplinares.

Saber comunicar-se com os demais profissionais de forma madura e produtiva é fundamental para atingir uma otimização do tratamento.

Treinamento insuficiente

Em nosso meio acadêmico, os programas de graduação não prevêem adequada carga horária no treinamento das atividades interdisciplinares. O graduado em determinada profissão não é submetido a treinamento para relacionar-se com profissionais de diferentes áreas. No caso dos médicos, normalmente adquirem conhecimento técnico-biológico necessário de forma bastante aprofundada e estruturada. No entanto, aprendem a atuar com os demais profissionais de forma empírica no internato, na residência médica e na prática clínica, sem o devido treinamento sistematizado e intensivo para este tipo de relacionamento.

O médico é treinado para ser um profissional pragmático, objetivo e responsável pelas suas condutas. Aprende a prescrever, ditar ordens para que as mesmas sejam cumpridas. Incomoda-se ao ser questionado pelos pacientes ou mesmo pelos colegas da profissão, sentindo-se mais incomodado ainda se for argüido por profissionais de outras especialidades. O médico não gosta de ouvir críticas e sugestões. Costuma atribuir os fracassos a terceiros, à instituição, ao doente ou ao sistema de saúde — o que pode se constituir em falta ética prevista no art. 34 do Código de Ética Médica[1].

Especificamente no campo da psiquiatria, o psiquiatra deixa de dialogar com o psicólogo sobre a real necessidade de realização de um teste psicológico, solicitando desnecessariamente um trabalho complexo que não trará informações úteis ao tratamento. Outra situação desagradável é exigir do psicólogo a promoção de determinado teste, esquecendo-se que é da competência desse profissional a escolha dos testes mais adequados.

---

1. São esses os termos do Art. 34 do Código de Ética Médica: "É vedado ao médico atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado".

Outro exemplo no comprometimento interprofissional do psiquiatra refere-se à relação com a enfermagem, em que o médico prescreve sucintamente as medicações a serem administradas, porém, não alertando o enfermeiro sobre o comportamento do paciente, nem o aconselhando a uma melhor conduta na abordagem do caso. Ou então, ao encaminhar o paciente para o terapeuta ocupacional, exige-se desse profissional recuperações impossíveis nas funções psicomotoras em patologias irrecuperáveis, o que também pode ser considerado antiético.

Não é recomendável deixar de elaborar anamnese biográfica, que é da sua responsabilidade e competência, passando a tarefa ao assistente social. Quando na chefia das equipes, o psiquiatra deve ter consciência de preservar os limites do campo profissional de seus subordinados, precisando conhecer um pouco da área de conhecimento de cada um. Um líder tem de transmitir autoridade e não autoritarismo.

Relação com outros psiquiatras

No seu exercício profissional, o psiquiatra deve como todo médico respeitar os demais colegas de profissão com honra e dignidade. As relações entre psiquiatras envolvem situações as quais merecem reflexões éticas. A psiquiatria, diferentemente das demais especialidades médicas, possui várias doutrinas. Assim, seus profissionais costumam identificar-se, parcial ou exclusivamente, com posturas biológicas, psicológicas, filosóficas e sócio-culturais. Conseqüentemente, torna-se comum os conflitos de opinião nas discussões de casos clínicos ou teóricos e na avaliação de trabalhos científicos. O paciente ao trocar de psiquiatra percebe a discrepância de conduta entre seu psiquiatra atual e o anterior.

Dessa forma, comedimento de linguagem e discrição em relação às referências das condutas anteriores são preceitos que o novo psiquiatra deve seguir. Além disso, é também terapêutico mostrar ao paciente que a psiquiatria tem várias vertentes cientificamente aceitas, e que os pacientes podem se beneficiar com algumas delas e não com outras, não existindo exclusividade de determinada vertente. Sabemos que a avaliação das condutas médicas (não somente as psiquiátricas) é tarefa difícil,

mesmo em caso de perícias nos processos de suposto erro médico.

Manter uma relação dialética e cortês com as visões dos outros profissionais é um dever ético que enobrece a imagem da nossa profissão, além de proporcionar melhores resultados aos pacientes.

Nos casos em que o psiquiatra percebe que as condutas do seu predecessor foram de risco ao paciente, ou quando toma conhecimento de posturas antiéticas, deve informar ao Conselho a fim de evitar novas ações malévolas à sociedade por parte do psiquiatra denunciado. Esta comunicação é inclusive prevista no Art. 19 do CEM: "O médico deve ter, para com os seus colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem, todavia, eximir-se de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à Comissão de Ética da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina".

O psiquiatra só pode requerer informações ao colega que assistia anteriormente seu paciente após autorização dele. O sigilo deve ser mantido, sendo um direito do paciente que o seu passado com outro médico seja resguardado. Entretanto, no caso de pacientes potencialmente perigosos socialmente (pedófilos ativos, ideações homicidas), é dever do ex-psiquiatra comunicar estes fatos ao atual, mesmo com a não-autorização expressa do paciente. A ameaça de quebra do sigilo profissional, por justa causa ou dever legal, pode afugentar o paciente que acaba procurando outro profissional, escondendo deste os fatos que envolvem a sua periculosidade.

Interconsulta

A assistência psiquiátrica moderna é cada vez mais praticada dentro dos hospitais gerais em serviços de interconsulta e unidades de internação psiquiátrica. O psiquiatra é obrigado a redefinir seu papel nesse novo ambiente, exigindo-lhe mais cultura técnico-biológica e aprimoramento no relacionamento interpessoal. É um novo campo de atuação em que os outros profissionais da saúde possuem uma expectativa e idealização acerca do psiquiatra. Aspectos psicodinâmicos conflitantes entram na relação entre o médico assistente do caso e o

psiquiatra que é convocado a opinar. É obrigação do psiquiatra que trabalhará nos hospitais gerais possuir conhecimentos teóricos sobre interconsulta. Seu alvo de trabalho deixou de ser somente o paciente, envolvendo a equipe assistencial, para alcançar um satisfatório entendimento das relações com os diversos profissionais da saúde.

Alguns pontos são fundamentais a serem seguidos pelo psiquiatra consultor:

1) Não assumir o controle do caso.

2) Procurar saber do assistente o real motivo da consulta e solicitar que ele informe ao paciente sobre a necessidade de uma avaliação psiquiátrica.

3) Fornecer subsídios registrados em prontuário que sejam compreensíveis ao assistente, em geral não acostumado com os termos e teorias psicopatológicas.

4) Apresentar-se ao paciente e perguntar se ele sabe por que está sendo examinado por um psiquiatra.

5) Respeitar o desejo do paciente em não divulgar informações de sua intimidade obtidas no exame, exceto aquelas que sejam imprescindíveis para o diagnóstico e tratamento.

6) Procurar, dentro das possibilidades, um espaço físico com ambiente adequado para a realização do exame, onde possa existir privacidade e adequado clima para haver empatia.

Bibliografia consultada

1. Botega NJ, org. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
2. Miguel Filho EC, et al. Interconsulta psiquiátrica no Brasil. São Paulo: Astúrias; 1990.
3. Costa SIF, Oselka G. Garrafa V, coords. Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998.

Orientações e dilemas éticos ante o médico com transtorno mental

Ronaldo Laranjeira
Hamer Nastasy P. Alves
Luiz Antônio Nogueira Martins

Abordar o tema do médico com transtorno mental, dependência química e *burnout* (Síndrome do Esgotamento Profissional) é um assunto, ao mesmo tempo, delicado e imperativo. Procuraremos traçar algumas orientações gerais, porém sem a pretensão de abarcar a ampla miríade de situações e dilemas éticos que perpassam o tema do médico enfermo.

As observações, diretrizes e conclusões aqui estabelecidas embasam-se em: (1) A observação sociológica dos médicos através da revisão da literatura médica disponível; e (2) A descrição da experiência acumulada durante quatro anos junto ao programa de atendimento a médicos (Rede de Apoio a Médicos), criado em 2002, fruto de um convênio entre o Centro de Estudos do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo (EPM/Unifesp) e o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp). Trata-se de um programa de atendimento e orientação voltado para médicos, visando o rápido acolhimento e proteção destes profissionais e do público.

Perfil sócio-ocupacional do médico e fatores de risco psicossociais

No Brasil, 75% dos médicos têm idade inferior a 45 anos, 50% têm entre três e quatro atividades e 50% trabalham em plantões. A extensão da jornada de trabalho é notável: 46% dos médicos trabalham mais de

50 horas semanais, provavelmente como mecanismo de compensação para perdas salariais e para substituição da ocupação autônoma. Os médicos trabalham mais que a maioria das pessoas — 15 horas por semana a mais que outros profissionais — e tiram menos tempo de férias — quatro semanas/ano versus oito semanas/ano de outros profissionais[1].

A profissão é percebida como desgastante para 80% dos médicos. Os principais fatores relacionados para a constituição desta visão são: excesso de trabalho/multiemprego, baixa remuneração, más condições de trabalho, responsabilidade profissional, área de atuação/especialidade, relação médico/paciente, conflito/cobrança da população, perda da autonomia no exercício profissional. A percepção do futuro da profissão é vista com insegurança, despertando sentimentos de incerteza e pessimismo[1]. Tal quadro pode levar a comprometimento do desempenho do médico[2].

Ao mesmo tempo, a cobrança do desempenho profissional, tanto pela população quanto pelos colegas e demais profissionais da saúde, é intensa.

Tal estado de insalubridade ocupacional tem repercussões psicológicas no profissional e em sua relação com os pacientes e acaba resultando em uma situação insatisfatória tanto para quem assiste (médico) como para quem é assistido (paciente). Tais fatores fundam o caráter altamente ansiogênico do exercício profissional[3].

Transtornos mentais, *burnout* e dependência química

Com relação a transtornos mentais, Vaillant e col. (1972), em um estudo prospectivo clássico[4], investigaram a infância de 47 médicos comparada à de 79 profissionais não-médicos, socioeconomicamente pareados. Ao longo de 30 anos da vida adulta, o uso de drogas, a estabilidade no casamento, a busca de psicoterapia e os mecanismos utilizados pelos médicos para lidar com crises e conflitos foram comparados com o grupo-controle. Os resultados revelaram que os médicos apresentavam casamentos mais instáveis, usavam drogas e álcool de forma abusiva e buscavam psicoterapia em proporção maior do que os controles.

Por sua vez, a síndrome do *Burnout* tem sido reconhecida como uma condição experimentada por profissionais que desempenham

atividades em que está envolvido um alto grau de contato com outras pessoas. Tem sido definida como uma resposta ao estresse emocional crônico intermitente. Compõe-se de sintomas somáticos, psicológicos e comportamentais; leva a um intenso desprazer no exercício da atividade clínica, em que o paciente é visto de forma desumanizada e os atendimentos passam a ser feitos de maneira ultra-rápida, para evitar o contato interpessoal.

Quanto à dependência química, os médicos passam por situações facilitadoras para dependência de drogas. São fatores de risco: 1) acesso fácil aos medicamentos; 2) perda do tabu em relação a injeções; 3) história familiar de dependência; 4) problemas emocionais; 5) estresse no trabalho e em casa; 6) busca de emoções fortes; 7) auto-administração no tratamento para dor e para o humor; 8) fadiga crônica; 9) onipotência e otimismo farmacológico; e 10) especialidades de alto risco: Anestesiologia, Emergência e Psiquiatria[5].

O uso de drogas é uma das principais causas de perda de produtividade no trabalho e de perda de anos de vida em idade produtiva[6]. Entre os médicos, a prevalência de uso é tão freqüente quanto na população geral [7, 8]. A principal causa de aposentadoria precoce entre médicos decorre de transtornos psiquiátricos, principalmente os transtornos de ansiedade, depressão e dependência de álcool. Nossa experiência mostra que profissionais que desenvolvem tais transtornos estão profundamente desconfortáveis e necessitando de ajuda para se desvencilharem de uma verdadeira teia na qual se aprisionaram.

Como tratar o médico mentalmente enfermo

Os médicos trabalham de forma independente, com postura geralmente controladora e a falsa sensação de que "podem cuidar de si mesmos". A negação retarda a busca de ajuda e tratamento. Em paralelo, a cultura médica enaltece qualidades como independência, autoeficácia e competitividade.

A visão que os médicos têm da saúde mental, aliada à formação específica deficiente, leva a um senso comum de intratabilidade e desesperança.

O médico teme o estigma, a falta de confidência, a perda da reputação e o desemprego. Ocorre, assim, uma "conspiração do silêncio": familiares e colegas tendem a negar ou não abordar o problema, temendo as conseqüências, o que leva a uma identificação abrupta e tardia.

O autodiagnóstico e a automedicação também constituem desafios a enfrentar, devendo ser desestimulados por atrasarem o diagnóstico de transtornos mentais, podendo agravar o curso e a evolução.

Providenciar tratamento para os médicos não é tarefa fácil, dada a dificuldade em aceitar o papel de paciente: é comum dizer que os médicos "não são bons pacientes". Porém, temos observado que os médicos têm dificuldades em aceitar o tratamento, mas, uma vez aderidos, seu desempenho costuma ser melhor, inclusive, que o da população em geral.

Os médicos freqüentemente se queixam de não serem bem tratados, sendo-lhes oferecidas "consultas de corredor" por outros colegas, o que faz com que a complexidade de seu adoecimento não seja seriamente abarcada. Com tratamento adequado, no entanto, a maioria dos médicos recupera-se e retorna ao trabalho sob supervisão.

Os médicos têm de ser tratados de forma empática, com orientações a familiares, orientações sobre como tomar os medicamentos, conseqüências de seu problema tratado ou não tratado, repercussões profissionais e capacidade de exercício profissional. Não devem ser tratados como pacientes "especiais", uma vez que este tipo de tratamento tende a aumentar a racionalização e o distanciamento do enfermo dos aspectos emocionais de seu transtorno mental. Desvios de procedimentos para proteger o médico/paciente precisam ser evitados. Ou seja, nada diferente do tratamento fornecido à população geral[9].

Geralmente uma abordagem cuidadosa, precoce e empática tende a minimizar as conseqüências de transtornos mentais e dependência de álcool e drogas. O afastamento da atividade, pelo período necessário e suficiente, por meio de atestado médico é uma solução para estes casos e temos observado uma boa aceitação por parte da clientela que temos atendido.

Quanto ao segredo médico, o artigo 105 do Código de Ética Médica adverte: "É vedado ao médico revelar informações confidenciais

obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade". Logo, ponderamos que o respeito ao direito do médico de ser tratado de forma confidencial deve ser levado em ampla consideração e primazia e que o rompimento do segredo médico só pode ser quebrado por justa causa ou com autorização do mesmo (Art. 102 do Código de Ética Médica)[10].

Consideramos importante uma profunda mudança cultural no modo de abordar o problema da saúde mental do médico. Sendo assim, ponderamos que é dever ético dos médicos manter um relacionamento amistoso e franco com os seus colegas, em que as dificuldades do trabalho, problemas de saúde física, emocional, condições de trabalho e uso nocivo de substâncias psicoativas possam ser abertamente abordados. Tal maturidade no modo de lidar com essas questões podem facilitar o encaminhamento precoce ao tratamento.

A orientação e o encaminhamento para tratamento adequado constituem-se, fundamentalmente, em um compromisso ético. O automonitoramento pode ser útil, mas tem eficácia limitada, visto que a auto-avaliação pode estar prejudicada por diversos transtornos mentais e pela dependência química, daí o papel imprescindível dos colegas médicos em orientar aquele que está com problemas que possam causar prejuízos no desempenho profissional. É importante o treinamento dos colegas no sentido de reconhecer, aconselhar e confrontar (e confortar) o médico enfermo.

Nossa experiência adverte para não "deixar as coisas como estão, para ver como vão evoluir", pois a evolução pode ser catastrófica. A abordagem do médico enfermo pelos colegas, superiores ou outros profissionais de saúde deve ser feita de forma empática, porém firme e, de preferência, por mais de uma pessoa. Se o médico enfermo não tomar providência a respeito num período estabelecido, deve ser considerado reportar-se à Comissão de Ética Médica para que esta tome as medidas necessárias.

A intervenção, nesses casos, pode ser "salvadora de vidas", tanto para o médico quanto para pacientes, e o que costuma ser "raiva e irritação" pode se transformar em "eterna gratidão" ao fim de um tratamento bem-sucedido.

A partir da experiência acumulada no atendimento a essa população, e em concordância com dados da literatura[11, 12], temos elementos suficientes para acreditar que, com tratamento intensivo, intervenção familiar, contrato de seguimento por longo prazo, suporte da família e dos colegas, há possibilidades de retorno bem-sucedido à prática profissional[13].

Referências bibliográficas

1. Machado MH (Coord). Os Médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1997.
2. Ribeiro RBA. A fadiga médica: suas causas e conseqüências. Rio de Janeiro: PUC/RJ, 1989, Monografia (Pós-graduação em Administração Hospitalar) in Desgaste Físico e Mental do Cotidiano Médico, SIMESP, 2002.
3. Nogueira-Martins, LA. Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. Rev. Bras. Med. Trab., Vol. 1, Nº1, pp 56-68, Jul-Set, 2003.
4. Vaillant GE, Sobowale NC, McArthur C. Some psycho-logic vulnerabilities of physicians. N Eng J Med 1972; 287(8):372-5.
5. Alves HN, Surjan JC, Nogueira-Martins LA, Marques ACPR, Ramos SP, Laranjeira RR. Clinical and demographical aspects of alcohol and drug dependent physicians. Rev. Assoc. Med. Bras., May/June 2005, 51(3):139-143.
6. Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. Lancet. 1997 May 17;349(9063):1436-42.

7. Brewster, J. Prevalence of alcohol and other drug problems among physicians. JAMA; 1986; 255 1913-1920.
8. Skipper GE. Treating the chemically dependent health professional. J Addict Dis. 1997;16(3):67-73.
9. Meleiro AMAS. O médico como paciente. São Paulo: Lemos Editorial; 1999.
10. Código de Ética Médica. Artigos 102 e 105. Resolução CFM nº. 1.246/88 (D.O.U 26.01.88).
11. Farley WJ. Addiction and the anaesthesia resident. Can J Anaesth. 1992 May; 39(5 Pt 2):R11-7.
12. Shore J. The Oregon experience with impaired physicians on probation: An eight year follow-up. JAMA; 257; 2931-2934; 1987.
13. Paris RT, Canavan DI. Physician substance abuse impairment: anesthesiologists vs. other specialties. J Addict Dis. 1999;18(1):1-7.

O Estado e as políticas públicas de saúde mental

Gabriel Figueiredo

Na Inglaterra, do século XVII, havia uma acirrada disputa pelo poder entre o parlamento e a dinastia Stuart. Vencida a Dinastia pela nova e organizada sociedade burguesa, a primeira providência foi decapitar Carlos I, em praça pública. A segunda foi partir para a construção de um novo Estado. O puritano comandante do exército parlamentar inglês, Oliver Cromwell, proclama a "commonwealth" e a ele é outorgada a tarefa de iniciá-la e desenvolvê-la, como a nascente república inglesa.

Na época em que Cromwell assume a república, Thomas Hobbes (1588-1678) publica "Leviatã ou Matéria, Forma e Poder de um Estado Eclesiástico e Civil". É a inauguração da Teoria do Estado Moderno. Fundamenta-se em três princípios básicos:

1) A natureza do homem está voltada para o individualismo;

2) A busca do homem é a felicidade e a felicidade é o poder;

3) Os dois primeiros princípios permitem concluir, como uma das possíveis hipóteses, que o homem é concorrente do outro homem, o homem é um lobo para o homem: *homo homini lupus*.

Qual a solução proposta por Hobbes para lidar com esse problema? Seria a criação de uma nova instância no interior da relação entre os interessados no individualismo, na felicidade, no poder e na luta. A diferença entre a racionalidade e as emoções é mínima nesses casos. Assim, Hobbes sugere que no interior do complexo e competitivo

relacionamento entre os humanos, permanentemente interessados nessas disputas básicas, seja inventado um novo Estado, cujas características mais expressivas podem assim ser resumidas:

1) O Estado é neutro e, por isso, absoluto. Todos nós devemos obedecê-lo, visto que ele representa a garantia da capacidade de sobrevivermos em sociedade. O Estado não erra porque aplica as leis e as leis são sempre justas. A fonte do direito é, pois, o Estado.

2) As leis podem parecer más, mas nunca injustas, visto que é melhor para o homem a condição de num dado momento ser infeliz do que ser destruído pelos desentendimentos familiares, societários, comerciais ou, num espectro mais amplo, pelas guerras, pelos combates, crimes e confrontos de naturezas várias.

3) As leis são feitas para proporcionar um mínimo de equilíbrio e paz na relação entre os homens e por isso devem ser obedecidas. São elas que protegem, de fato, os homens contra os homens, e se o espírito das leis for este, de proteção, o Estado está autorizado a aplicá-las com rigor.

Do ponto de vista histórico, o Estado Moderno fundamentou-se, portanto, num princípio legalista esboçado por Hobbes. Aprimorou-se com John Locke (1632-1704), que forneceu aos revolucionários franceses da segunda metade do século XVIII elementos teóricos mais elaborados, bem aproveitados sobretudo por Montesquieu (1689-1755).

Na França, com a consolidação da revolução burguesa do séc. XVIII, foi construído o novo edifício no qual foram instaladas as modernas formas de organização do poder: Executivo, Legislativo e Judiciário, base inspiradora da primeira constituição norte-americana de 1787.

No Brasil, as idéias republicanas manifestam-se bem depois de tudo o que vimos. Instalam-se mais exatamente em 1889. Estas idéias até hoje buscam consolidação, entremeadas por crises institucionais recorrentes, cuja periodização histórica é dispensável neste capítulo.

Uma questão final para proporcionar reflexões: o Estado moderno às vezes não parece tornar imanentes as relações entre o "direito" e as "leis"? Esta imanência não transitaria por espaços em que o "direito"

e as "leis" seriam meras expressões de uma vontade de Estado imposta por setores que dominam a vida material? Como examinar políticas de Estado à luz dessas indagações?

Políticas públicas de saúde mental: estratégias

É da competência do Estado a elaboração e as estratégias de execução das políticas públicas de saúde, em geral, e das políticas de saúde mental, que é o que vamos particularizar. Estratégia preventiva implica providências que requerem medidas de financiamento, planejamento e execução. As assistenciais também. Essas medidas têm como finalidade reduzir:

1) A prevalência e a incidência dos transtornos mentais de todos os tipos numa comunidade, num determinado espaço de tempo;

2) A duração de um número estatisticamente significante dos transtornos prevalentes e incidentes;

3) As possibilidades clínicas de cronificação desses transtornos por meio dos mais eficazes métodos terapêuticos disponíveis, contemplando os biológicos, os psicofarmacológicos e os psicossociais.

No Brasil vivemos um momento de transição que requer análise crítica permanente. Considerando que as reformas das políticas de saúde mental, incluindo a assistência psiquiátrica, já vem ocorrendo em alguns países, como Estados Unidos, Inglaterra, França e Itália, após a 2ª Guerra Mundial, há de se reconhecer o atraso do Estado brasileiro nessas questões.

Acompanhando, discutindo, criticando e refletindo sobre os novos rumos que estão tomando, sobretudo a assistência psiquiátrica brasileira, sugerimos as seguintes ponderações aos colegas psiquiatras:

1) Que novos modelos assistenciais sejam ampliados no seio da comunidade e, na medida do possível, inseridos junto aos Programas de Saúde da Família (PSF), no qual o controle social é mais eficaz e as ações de educação em saúde são mais viáveis.

2) Que a porta de entrada das queixas psiquiátricas continue sendo as Unidades Básicas de Saúde (UBS), porque, além de conferir ao

doente mental a mesma dignidade que deve ser reconhecida em qualquer outro tipo de doente, amplia espaços de socorro ao sofrimento psíquico e contribui para a liquidação das idéias retrógradas, ainda vigentes, de separação corpo/mente.

3) Que estas UBSs, compostas por equipes multi-profissionais mínimas, caso não possam oferecer "soluções de campo", que tenham, pelo menos, referências estrategicamente situadas e minimamente disponíveis.

4) As referências citadas no item anterior são os ambulatórios de saúde mental, os leitos psiquiátricos dos hospitais gerais e dos hospitais especializados, de preferência públicos, visto que a política nacional de saúde tem uma mentalidade que, por razões de Estado, como já examinamos anteriormente, não deve coincidir com interesses privados, ainda que legítimos. Esses equipamentos assistenciais (número de leitos, ambulatórios, hospitais-dia, etc.) devem ser dimensionados de acordo com critérios internacionais de oferta *per capita* e critérios nacionais de planejamento e financiamento.

5) As universidades públicas e comunitárias devem participar ativamente desse processo. Seus papéis na assistência, ensino e pesquisa são imprescindíveis enquanto instituições protagonistas da criação de políticas públicas.

6) Por último, que as estratégias de 'redução de danos', defendidas pelo Estado e outras instâncias não estatais, e também criticadas por alguns setores da comunidade científica, continuem sendo debatidas. Um olhar perspicaz para os conflitos de interesses nesta área deve ser tratado com colírio da melhor qualidade.

Posto isso, fica para o psiquiatra o desafio, gerado na sua prática clínica cotidiana, de participar de forma crítica tanto das elaborações quanto das execuções das políticas públicas de saúde mental. Seu papel, neste sentido, extrapola a sua necessária competência técnica, estendendo-se para espaços mais amplos como os das preocupações éticas e do exercício da cidadania.

Este capítulo é fruto das reflexões a partir de experiências e pesquisas

realizadas, várias publicadas, por este autor, que além de psiquiatra atuante, é também professor universitário, membro da Câmara Técnica de Saúde Mental do Cremesp, foi secretário da saúde da cidade de Osasco e também Diretor da Divisão de Ambulatórios de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (governo de Franco Montoro, 1982-1986).

Como produto de reflexão, este capítulo não contemplou referências bibliográficas. Porém faz sugestões bibliográficas, expostas no rodapé.

Sugestões bibliográficas

1. Para a primeira parte deste capítulo, recomendamos os clássicos sobre Teoria do Estado Moderno: Maquiavel, Hobbes, Locke, Montesquieu, Rosseau, Thoreau, só para citar alguns, além de Marx, Engels e outras posições críticas produzidas ao longo dos dois últimos séculos.
2. Para a segunda parte, sugerimos trabalhos mais recentes publicados em revistas científicas indexadas sobre a Reforma da Assistência Psiquiátrica Brasileira e também algumas publicações de experiências internacionais, para não dispensarmos a importância dos estudos comparativos.

O psiquiatra e as emergências médicas

Ibiracy de Barros Camargo

Antes de tudo, o psiquiatra é um médico especializado em psiquiatria. Assim, todos os artigos do Código de Ética Médica aplicam-se à prática clínica do psiquiatra, nos seus diferentes campos de atuação. Portanto, esse profissional precisa atuar de maneira ética em relação ao paciente em situação de emergência, da mesma forma como atua em relação a outros pacientes. Quase sempre, a primeira regra a seguir é aplicar um tratamento que não cause nenhum mal. A segunda é adotar abordagens terapêuticas eficazes, baseadas no conhecimento científico[1].

Os seguintes artigos do Código de Ética Médica são particularmente sensíveis a conflitos éticos em situações de emergência[2].

Art. 29 – É vedado ao médico: Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia , imprudência ou negligência".

Identificar as queixas e necessidades dos pacientes, bem como os recursos disponíveis, é a mais importante tarefa da prática da psiquiatria de emergência, dentro de um ambiente de extrema pressão. Nesse ambiente, um dos grandes desafios é avaliar o que está realmente errado com o paciente. O paciente apresenta um problema médico que não foi notado, como uma pneumonia, além da depressão? Existe uma fratura óssea, além da histeria? Houve falha em avaliar o risco de suicídio (imperícia)? Houve falha na implementação de um plano de

tratamento adequado (negligência)? O paciente atentou contra a própria vida, ao ser inadequadamente informado de que é portador de um câncer (imprudência)?[3]

Art. 8 – O médico não pode, em qualquer circunstância ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção de seu trabalho.

Art. 10 – O trabalho médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa.

Art. 16 – Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou instituição pública ou privada poderá limitar a escolha, por parte do médico, dos meios a serem postos em prática para o estabelecimento do diagnóstico e para a execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente.

Art. 21 – Direito do médico: Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no país.

Os artigos acima têm relação direta com o ambiente de atendimento controlado, o qual pode se tornar um fator de risco se o psiquiatra permitir que o plano de saúde indique as diretrizes do tratamento. O tratamento de pacientes psiquiátricos hospitalizados tem mudado dramaticamente na era do atendimento controlado. O número de visitas reembolsadas tem sido severamente restringido. Unidades psiquiátricas têm sido instaladas em hospitais gerais que prestam atendimento emergencial e de curta duração. No geral, apenas pacientes suicidas, homicidas ou gravemente incapacitados devido a transtornos psiquiátricos maiores passam na restrita autorização para hospitalização. Aproximadamente metade desses pacientes apresenta transtornos comórbidos relacionados ao abuso de substâncias.

A meta da hospitalização é intervir na crise e controlá-la, a fim de estabilizar os pacientes gravemente doentes e garantir a sua segurança. Como tradicionalmente o reembolso para o tratamento hospitalar é reduzido, o psiquiatra pode ficar tentado a dar alta hospitalar precoce,

muitas vezes até optando por transferir o seu paciente para uma equipe multidisciplinar.

O não uso de intervenções e precauções terapêuticas aceitáveis, às quais o paciente tem direito, pode resultar em ação legal. Vale lembrar que a obrigação ética e legal do psiquiatra, no que tange a fornecer atendimento ao paciente, não depende de pagamento[4].

Paciente incompreendido

Art. 2 – O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

O médico deve proporcionar serviços médicos competentes. Empatia, compaixão e esperança são meios importantes para aliviar a dor e aumentar a participação em intervenções terapêuticas, sejam biológicas, psicológicas ou sociais.

Pacientes psiquiátricos que chegam à emergência são freqüentemente incompreendidos, ainda que apresentem outros problemas médicos evidentes, e muitas vezes são encaminhados diretamente ao psiquiatra sem que os seus sinais vitais sejam sequer monitorados. Isso pode ocorrer devido ao comportamento do paciente, que pode não querer falar com ninguém que não seja o seu psiquiatra, ou porque se encontra num processo alucinatório. Manter o máximo zelo com pacientes psicóticos, agressivos ou eufóricos pode ser difícil, mas vale lembrar que pacientes nessas condições ainda têm o direito de recusar qualquer indicação de tratamento, até que se chegue à decisão de uma internação involuntária.

Com freqüência, nas emergências nem todas as informações necessárias a um diagnóstico estão disponíveis. O paciente pode ter sido conduzido pela polícia, por exemplo. O médico deve ter em mente, no entanto, que o diagnóstico psiquiátrico não é a missão mais importante do tratamento de emergência. A primeira obrigação é preservar a vida, estabilizar o paciente, investigar as circunstâncias de seu quadro e determinar qual é o próximo passo[4].

Diagnósticos de esquizofrenia e transtorno bipolar não podem ser estabelecidos apenas por um episódio. O paciente pode ser estigmatizado pelo histórico de uma internação psiquiátrica, quando, na verdade, seus sintomas podem ser causados por outros motivos não diagnosticados[5].

Art. 18 – As relações com os demais profissionais em exercício na área de saúde devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e independência profissional de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente.

Art. 30 – É vedado ao médico: Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.

Uma vez determinada a necessidade de hospitalização, é obrigação do psiquiatra informar o paciente sobre a conduta adotada, assim como os próximos passos que serão tomados. Conflitos podem surgir quando orientações acerca da segurança do paciente, transferência para outra instituição, central de regulação ou orientações para outros profissionais da equipe não são conduzidas pelo psiquiatra ou não são feitas de maneira adequada. Diretrizes institucionais podem minimizar eventuais dificuldades entre colegas, quando, por exemplo, a unidade de emergência e o ambulatório pertencem à mesma instituição.

Mesmo um paciente concordando com a internação, isso não deixa de ser uma espécie de confinamento. O psiquiatra deve levar em consideração não apenas a avaliação dos riscos e benefícios do tratamento em quadros agudos, mas também ponderar se o paciente está efetivamente em condições de fazer escolhas[6].

Sigilo

Art. 11 – O médico deve manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções. O mesmo se aplica ao trabalho em empresas, exceto nos casos em que seu silêncio prejudique ou ponha em risco a saúde do trabalhador ou da comunidade.

O segredo médico é uma característica da profissão médica, consolidada através dos séculos pelas práticas regidas pelo primeiro código

deontológico conhecido: o juramento hipocrático. O Código de Ética Médica reitera esse antigo compromisso, que deve caracterizar o exercício da prática médica, independentemente da especialidade. Além disso, vale lembrar os seis princípios básicos de ética médica: o médico deve trabalhar visando unicamente os benefícios do paciente (beneficência); o médico deve evitar prejudicar o paciente (não-maleficência); a independência do paciente deve ser respeitada (autonomia); o médico deve proteger a privacidade do paciente (confidencialidade); o médico deve evitar discriminação contra um paciente (justiça); e médicos devem ser verdadeiros com seus pacientes e consigo mesmos (veracidade)[3].

Para alcançar seus objetivos, uma importante tarefa do psiquiatra é criar uma relação médico-paciente na qual a avaliação e o tratamento possam prosseguir com segurança. Um paciente que chega a uma unidade de emergência com uma doença causada por ele mesmo, como uma interação medicamentosa ou em casos de violência doméstica, pode não querer falar com um psiquiatra. Por outro lado, as informações reveladas ao médico que presta o primeiro atendimento podem resultar num encaminhamento imediato ao psiquiatra.

Membros da família podem pedir a confirmação de certas informações e o psiquiatra pode não ter a liberdade de revelá-las. É preciso lembrar, no entanto, que a família tem outros recursos para obter informações, como o próprio paciente, seu colega de quarto e, possivelmente, outras pessoas que convivem com ele. A permissão para falar com os membros da família, até mesmo para obter informações adicionais que facilitem o acesso ao tratamento adequado, pode ser negada pelo paciente. Outro ponto a ser destacado é que o paciente tem o direito legal de não informar nada sobre seus familiares, ainda que esses dados facilitem a sua própria estabilização.

A confidencialidade é dificilmente protegida quando se tem um paciente psiquiátrico com transtornos graves diante de toda uma equipe. Algumas vezes, a presença de seguranças, enfermeiros, entre outros, é necessária, especialmente quando se apresentam comportamentos

potencialmente perigosos. O médico tem o dever de exigir de seus colaboradores diretos e da equipe multiprofissional discrição e observância escrupulosa do segredo profissional. Diretores de instituições devem providenciar meios para que isto seja efetivado[4].

Considerações legais

Grande número de questões legais desafia os psiquiatras que trabalham em unidades de emergência, pois a sala de atendimento, nesse caso, constitui a fronteira entre a sociedade e o hospital, entre a saúde e a doença, entre a competência e a incompetência, entre o atendimento e a falta de atendimento. O psiquiatra de emergência deve decidir sobre as seguintes questões, entre outras[6, 7]:

I. Se um paciente deve ou não ser hospitalizado e, se for o caso, voluntariamente ou contra a sua vontade (internação involuntária).

II. Se um paciente tem ou não direito ao tratamento, bem como o direito de recusá-lo.

III. Se a sociedade será exposta a perigo, com a liberação do paciente.

IV. Se um paciente perdeu a medicação prescrita e está tentando manipular informações com o objetivo de alimentar uma dependência.

V. Se a confiabilidade deve ser violada, no caso de o paciente ameaçar a vida de alguém.

VI. Se deve ou não ser chamada uma pessoa próxima do paciente para fornecer informações, quando ele estiver inconsciente.

VII. Se a porta da sala de consulta/exame deve ser deixada aberta por razões de segurança da equipe, mesmo que isto signifique ameaça à privacidade do paciente.

VIII. Qual ambiente é menos restritivo para um paciente que age de forma bizarra, ainda que o tratamento requeira acomodações especiais, para sua própria segurança (por exemplo: cela, hospital público, clínica de desintoxicação).

Referências bibliográficas

1. Bloch S, Green S. An ethical framework for psychiatry. British Journal of Psychiatry. 2004; 188, 7-12.
2. Cremesp. Código de Ética Médica. São Paulo, SP; 2003.
3. Rosenberg JE, Eth S. Ética na Psiquiatria. In: Kaplan HI, Sadock BJ. Editores. Tratado de Psiquiatria. 6a. Edição. Vol.3. Porto Alegre (RS): Artmed: 1999. p. 2990-99.
4. Simon RI. Psychiatric and Law for Clinicians. Third Edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc; 2001.
5. American Psychiatric Association. Ethics Primer. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2001.
6. Barton GM. Emergency Psychiatry. In: Mogul KM, Dickstein LJ, Editors. Carrer Planning for Psychiatrists. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc; 1995. p.66-75.
7. Chiles JA, Strosahl KD. The suicidal patient: principles of assesment, treatment, and case management. Washington, DC: Amerrican Psychiatric Press, Inc; 1989.

'Psicocirurgias': considerações e balizamentos para a sua prática no Estado de São Paulo

Darcy Antônio Portolese
Mauro Aranha de Lima

A 'psicocirurgia' é historicamente um tema controverso pela natureza mesmo de sua prática, na medida em que é uma intervenção cirúrgica que envolve a destruição ou a remoção irreversível de partes do cérebro, ainda que com o objetivo de minimizar sintomas ou sofrimento decorrentes de determinadas patologias pertinentes ao sistema nervoso central. Temos observado posições diversas a esse respeito, desde indicações e condutas pouco criteriosas para a sua execução, até algumas referências hostis e generalizantes à sua prática, mesmo aquela amparada por suficiente fundamentação científica.

A Câmara Técnica de Saúde Mental do Cremesp (CTSM), preocupada em fornecer subsídios técnicos e éticos para o aprofundamento do tema, deparou-se em 2004 com uma solicitação de parecer e sugestões de aprimoramento a respeito de um projeto de lei em curso na Assembléia Legislativa, que proíbe a prática de 'psicocirurgia' no Estado de São Paulo, e, à época, em fase de avaliação pela Comissão de Saúde e Higiene da referida Assembléia, após aprovação pela Comissão de Constituição e Justiça[1].

O projeto em tramitação define 'psicocirurgia' como "toda a intervenção cirúrgica que envolva a destruição ou a remoção irreversível de partes do cérebro, com o objetivo de promover alterações de comportamento".

A questão foi debatida em duas reuniões da CTSM. Na primeira delas, ocorrida em outubro de 2004, foram convidados a participar Eurípedes Constantino Miguel Filho e Eda Zanetti Guertzenstein, do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, os neurocirurgiões Valter Cescato e Edson José Amâncio, e a advogada Maria Elvira Borges Calazans, subprocuradora Geral da República e procuradora Geral dos Direitos do Cidadão. Na segunda, realizada em novembro de 2004, foi convidado o próprio médico e deputado estadual Fausto Figueira de Mello Junior, que havia solicitado o parecer.

Transcrevemos a seguir o parecer da CTSM, que considerou não oportuna a propositura da proibição da 'psicocirurgia' no Estado de São Paulo[2].

O parecer do Cremesp

Quanto ao mérito do projeto de lei.

O projeto de lei contém, em sua justificativa, elementos valiosos no que se refere à preocupação quanto à humanização do tratamento dispensado ao doente mental, já que é possível haver abusos e transgressões na indicação e execução de 'psicocirurgias' no Brasil. Traz também, de forma bastante oportuna, os princípios norteadores da reforma psiquiátrica em nosso País.

Entretanto, com o desenvolvimento das neurociências, da psicofarmacologia e das psicoterapias, evidencia-se hoje uma seletividade muito mais rigorosa do que no passado na indicação de procedimentos neurocirúrgicos para tratamento de transtornos psiquiátricos graves.

Ademais, as técnicas neurocirúrgicas são hoje mais refinadas, menos invasivas, gerando efeitos colaterais mais brandos, com uma tendência a que o benefício seja consistentemente maior em relação aos malefícios. Dispomos atualmente de evidências científicas que demonstram, com boa capacidade preditiva, que um certo número de pacientes psiquiátricos pode se beneficiar significativamente de intervenções neurocirúrgicas específicas. Trata-se de quadros graves de

transtorno obsessivo-compulsivo e de depressão maior, causadores de intenso sofrimento psíquico e incapacidade, refratários a toda tentativa de tratamento psicofarmacológico e psicoterapêutico reconhecidamente bem conduzida.

Por outro lado, algumas formas grave de epilepsia, da doença de Parkinson e de dores crônicas, que não são patologias primariamente psiquiátricas, também podem se beneficiar de procedimentos neurocirúrgicos.

Parece-nos portanto que, ao invés da proibição, mais razoável seria estabelecer e fazer cumprir critérios para a realização de 'psicocirurgias'. Sob o primado da Ciência e da Técnica, fundamentada em parâmetros éticos, semelhante regulamentação atenderia melhor à finalidade de sempre buscar o bem-estar do paciente (princípio da beneficência).

Um critério ou balizamento importante para se ponderar a indicação de neurocirurgia, desde que baseada em procedimento consagrado, seria a refratariedade a métodos psicofarmacológicos e psicoterápicos, aplicados de forma conjunta, por um tempo suficientemente prolongado e com especificações técnicas precisas. Por outro lado, as Resoluções n°s. 1.407 e 1.408 do Conselho Federal de Medicina (CFM), ambas de 8/06/94, trazem normas específicas para a realização de 'psicocirurgia'.

Estas resoluções do CFM, assinale-se, emergiram dos "Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental", da Organização das Nações Unidas (ONU), e dos Princípios Internacionais da "Declaração de Caracas", da Organização Panamericana de Saúde.

O Princípio 11, item 14, do documento da ONU, que compõe a Resolução 1.407, diz expressamente que a 'psicocirurgia' só pode ser realizada com o consentimento informado da pessoa assistida, e se um corpo de profissionais externo estiver convencido de que houve genuinamente esse consentimento informado e que o tratamento é o que melhor atende às suas necessidades de saúde. Já a Resolução 1.408,

em seu Art. 8º, especifica que o corpo de profissionais externo deve ser solicitado ao Conselho Regional de Medicina.

Finalizando, entendemos como não oportuna a propositura da proibição da 'psicocirurgia' no Estado de São Paulo. Nossa posição é no sentido de que as transgressões às normas vigentes devam ser fiscalizadas e coibidas mais cuidadosamente.

Diretrizes para 'psicocirurgia'

A título de sugestão, propomos as seguintes diretrizes para 'psicocirurgia', tendo como base o editorial da Revista Brasileira de Psiquiatria, volume 26, nº. 1, pgs. 8 e 9, de março de 2004.

1. Para efetuar a 'psicocirurgia', a instituição deve ser reconhecida e validada pelas entidades que representam a Psiquiatria e a Neurocirurgia no Estado. Além disso, ela deve dispor de comissão de ética credenciada pelo Cremesp, que acompanhará o procedimento em todas as suas etapas.

2. A instituição deve se responsabilizar pela guarda dos dados clínicos das pessoas operadas, com o objetivo de servir de banco de experiências para futuras reformulações de procedimentos ou regulamentações de neurocirurgias para tratamento de transtornos mentais.

3. Para cada 'psicocirurgia' proposta, será convocado um corpo de revisão independente de profissionais, indicado pelo Cremesp, a quem caberá a verificação das seguintes normas éticas e científicas, a serem observadas necessariamente em sua totalidade:

(a) Critérios operacionais de refratariedade aos tratamentos convencionais e de indicação para a neurocirurgia, claramente definidos, fundamentados e cumpridos de acordo com as normas nacionais e internacionais atualizadas.

(b) Verificação se o método neurocirúrgico proposto é, no momento, a melhor indicação de tratamento para o paciente.

(c) Transmissão ao paciente de informações necessárias, adequadas, totais, inteligíveis e ajustadas ao seu nível cultural e, quando necessário, ao seu responsável legal. As informações devem abranger

todos os aspectos do procedimento, desde os motivos e objetivos de sua indicação, os detalhes de sua execução aos possíveis benefícios e malefícios que possam advir sempre dentro do corpo de conhecimento atualizado.

(d) Consentimento livre e informado para o tratamento, assinado pelo paciente e, se for o caso, por seu responsável legal, na presença de profissional não integrante da equipe terapêutica. Esse profissional deve estar capacitado para avaliar se a informação foi transmitida da forma preconizada no item anterior.

(e) Seguimento, em longo prazo, dos pacientes operados, bem como avaliação sistemática dos efeitos adversos e complicações.

Conclusão

Esse foi o parecer da Câmara Técnica de Saúde Mental do Cremesp, que vem fundamentar uma posição que, assim pensamos, procura respeitar os princípios bioéticos da beneficência e da autonomia, assegurando ao paciente, ou devolvendo-lhe, dois dos mais preciosos valores que lhe pertencem, como direito implícito da natureza humana: liberdade, seja como meio, seja como fim, porque lhe torna possível escolher (livre e esclarecidamente) um recurso terapêutico que, mais à frente, aponta para a atenuação de um sofrimento que há muito o escraviza; e segurança, mediante um plural e criterioso controle do procedimento cirúrgico a ser realizado[3].

Referências bibliográficas

1. Trata-se do Projeto de lei N° 1.051/2003, do deputado Ênio Tatto, do Partido dos Trabalhadores (PT).
2. Trata-se do Parecer Nº 50.400, aprovado na 3.261ª reunião plenária do Cremesp, realizada em 04/03/2005, e homologado em 08/03/2005
3. Do que se encontra disponível (fevereiro de 2007) no sítio da Assembléia Legislativa na Internet (www.al.sp.gov.br), a última referência que se têm do Projeto de lei N° 1.051/200 é de 20/09/2005, que informa que ele continuava tramitando pelas diversas comissões parlamentares.

Aspectos éticos de um procedimento técnico em Psiquiatria: a eletroconvulsoterapia

Darcy Antônio Portolese

O presente artigo visa trazer contribuições a respeito do tema da eletroconvulsoterapia, cuja utilização tem se tornado mais restrita e específica na medida em que vão surgindo progressos no desenvolvimento científico e psicofarmacológico, porém tem sua utilidade quando as terapêuticas específicas se tornam refratárias e em determinados casos clínicos pode ajudar o paciente. Ao profissional responsável pela sua indicação são necessárias uma cuidadosa atenção e experiência, pois seu uso é bastante delicado.

Somos frontalmente contra determinadas denúncias sem fundamento que propõem proscrever sua indicação. Em várias ocasiões tivemos a oportunidade de debater o tema, procurando ponderar diferentes aspectos com a preocupação de trazer elementos de contribuição.

Aproveitamos a oportunidade para homenagear o nosso companheiro de trabalho Dr. Ladislau Ruy Ungar Glauzius, que apresentaria e aprofundaria essas questões no Congresso Brasileiro de Psiquiatria em Belo Horizonte, em outubro de 2005. Fomos surpreendidos com seu súbito falecimento em 2 de outubro de 2005, mas pudemos reunir o material que ele havia selecionado, graças à colaboração de sua esposa e seus filhos, e procuramos sintetizá-lo numa comunicação na mesa-redonda da Câmara Técnica de Saúde Mental do Cremesp no referido Congresso.

O tema que Ladislau apresentaria era alusivo a um cartaz intitulado: "Eletrochoques?! Não, Obrigado", que trazia o nome do Conselho Federal de Psicologia como apoiador. Ele havia reunido uma extensa bibliografia, com inúmeros artigos sobre a eletroconvulsoterapia em outros países, assim como certos usos indevidos, como explicitaremos adiante.

Para fundamentar seu propósito, Ladislau reuniu citações do período do Renascimento, desde o nascimento de Galileu Galilei, em 1564, e de Isac Newton, em 1643, visando contextualizar o nascimento da Ciência com o início da Psiquiatria na chamada "Escola de Psiquiatria Orgânica de Kraepelin", no século XIX.

Há referência a William Shakespeare (1564-1623) que menciona, em sua peça Hamlet, que as doenças mentais seriam o resultado de uma grande sobrecarga emocional. Existe uma interessante citação do Teatro da Cura Cruel, no período em que Antonin Artaud (1896-1948) esteve internado no hospital psiquiátrico de Rodez por três anos. Neste período ele escreveu a seu médico, Dr. Ferdière, sobre o tratamento que havia experimentado da eletroconvulsoterapia, no qual se sentia maltratado e prejudicado em sua memória, seu corpo e seus pensamentos. Estas cartas representavam para Artaud um recurso para não perder a lucidez. São diálogos com seu médico e, através dele, com toda a sociedade. "Não quero que ninguém ignore meus gritos de dor e quero que eles sejam ouvidos".

Ladislau procura desenvolver de forma fundamentada um histórico do surgimento e da evolução da Psiquiatria chegando a Charcot, que dirigia o Hospital Salpetrière em Paris. Dentro desse histórico localiza também Pinel e Esquirol, mas percebemos que buscava situar o início da prática da eletroconvulsoterapia. Em torno de 1890 é que se começa a utilizar este procedimento terapêutico com Hans Berger na Alemanha, que é considerado o pai do eletrochoque.

A pesquisa amplia-se e vai para o campo dos direitos humanos. Cita um relatório da I Caravana Nacional de Direitos Humanos, da Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados, que fez

visitas de investigação a 20 hospitais psiquiátricos do país.[1] Desse relatório extraímos a seguinte citação: "No contato bastante cordial que mantivemos com a direção e o corpo técnico, um novo problema foi identificado: trata-se do emprego da eletroconvulsoterapia (ECT), procedimento mais conhecido como eletrochoque. Perguntada sobre o emprego de ECT, a direção afirmou que em determinadas situações, mediante prescrição médica, faz-se o uso de ECT. Os procedimentos recomendados para essa aplicação, de qualquer forma, excluem a necessidade do emprego de anestésicos, o que nos pareceu surpreendente. Questionado a respeito o diretor da instituição afirmou que o uso de anestésicos pode ser contraproducente diante dos efeitos terapêuticos pretendidos. Esta posição está sustentada em documento próprio intitulado 'Normas para o uso de Eletronvulsoterapia na Casa de Saúde Dr. Eiras - Paracambi', ao qual tivemos acesso".

É interessante observar que se trata de um período em que a prática de tal procedimento ainda era pouco dotada de uma prescrição mais específica, mas já despertando preocupação com seu uso indevido. Assim, deste mesmo relatório é selecionado um item que diz o seguinte: "Que o Ministério da Saúde elabore uma portaria específica regulamentando o emprego de eletroconvulsoterapia (ECT) no Brasil no sentido de restringi-la ao máximo. Que esta norma estabeleça claramente a indicação médica exclusiva para casos de depressão gravíssima; que exija o parecer prévio de junta interdisciplinar independente; que disponha sobre o procedimento de consentimento informado aos familiares; que determine o uso obrigatório do uso de anestesia, etc.".

A pesquisa do nosso colega localizou um documento no campo da tortura que debate o uso de choques elétricos em prisioneiros políticos. Em carta dirigida ao presidente do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil, o documento faz a seguinte descrição:[2] "Choque elétrico: é a aplicação de descargas elétricas em várias partes do corpo do torturado, preferencialmente nas partes mais sensíveis, como, por exemplo, no pênis e ânus, amarrando-se um pólo nos testículos e outro no ouvido; ou ainda nos dedos dos pés e mãos, na língua, etc. Quando se

trata de presas políticas os pólos costumam ser introduzidos na vagina e ânus. Para conseguir as descargas, os torturadores utilizam-se de vários aparelhos: mais conhecidos como "maquininha" na Oban e "maricota" no Dops-RS; telefone de campanha (em quartéis); aparelho de televisão (conhecido por "Brigitte Bardot") no Deops-SP".

Ladislau recolhe dados da influência do filme 'Bicho de Sete Cabeças', inspirado em um livro autobiográfico de Autregesilus Carrano *Canto dos Malditos,* em que conta seu sofrimento nos manicômios por onde passou,[3] e recolhe ainda elementos do filme "Estranho no Ninho" de Milos Forman.

Uma biografia de Nise da Silveira (1906-1999) é utilizada – a sensibilidade de Ladislau reconhecia sua grande importância no trabalho de artes plásticas que ela desenvolvia com pacientes graves, num artigo denominado: "Nise da Silveira – uma rebelde com causa".

Ele se apropria também de diversos documentos relativos aos manifestos a respeito da luta antimanicomial, tentando contribuir para a pertinência de determinadas denúncias, sempre buscando encontrar a veracidade, se procedentes ou não. Há ainda um documento que trata do processo de pedido de indenização de pacientes submetidos à eletroconvulsoterapia.

Toda esta volumosa e cuidadosa pesquisa que tentamos sintetizar seria sem dúvida melhor elaborada por ele, pois estava dedicado e centrado no tema, além de ter amadurecido várias idéias a respeito. Fizemos o possível para exprimir um pouco de sua contribuição, que sempre foi de grande valia em todas as atividades da Câmara Técnica de Saúde Mental do Cremesp.

Para encerrar, trazemos versos do poema *O Estrangeiro*, de Caetano Veloso, que Ladislau encontrou a respeito do tema.

É chegada a hora da reeducação de alguém
Do Pai do Filho do Espírito Santo amém
O certo é louco tomar eletrochoque
O certo é saber que o certo é certo
O macho adulto branco sempre no comando

E o resto ao resto, o sexo é o corte, o sexo
Reconhece o valor necessário do ato hipócrita
Riscar os índios, nada esperar dos pretos
E eu, menos estrangeiro no lugar que no momento
Sigo mais sozinho caminhando contra o vento
E entendo o centro do que estão dizendo
Aquele cara e aquela: É um desmascaro, singelo grito: 'O rei está nu'
Mas eu desperto porque tudo cala frente ao fato de que o rei é mais bonito nu
E eu vou e amo o azul, o púrpura e o amarelo
E entre o meu ir e o do sol, um aro, um elo

Parecer a respeito do cartaz intitulado "ELETROCHOQUE?! NÃO, OBRIGADO"

O Cremesp aprovou o Parecer-Consulta Nº. 118.723/04, transcrito abaixo, em 10-05-05, acatando a proposta da Câmara Técnica de Saúde Mental, de cuja discussão o Dr. Ladislau Ruy Ungar Glausiusz participou ativamente.

O Conselho Federal de Medicina aborda a questão do "eletrochoque", a que denomina eletroconvulsoterapia (ECT), na Resolução CFM 1.640, de 10-07-2002. No documento, a ECT é definida como ato médico e um "método terapêutico eficaz, seguro, internacionalmente reconhecido e aceito". O procedimento deve ser realizado em ambiente hospitalar, sob anestesia, e sua "indicação, realização e acompanhamento" são de responsabilidade dos profissionais médicos que dele participam.

Pela Resolução CFM 1.640, o tratamento só pode ser feito com o consentimento informado do paciente, por escrito, e em local que assegure a privacidade. Nas situações em que o paciente "não apresentar condições mentais ou etárias para fornecer o consentimento informado", este poderá ser obtido com seus familiares ou responsáveis. Na impossibilidade de obter esses consentimentos, o médico que indicar a ECT será responsável pela mesma, devendo reportar-se ao diretor técnico da instituição e registrar o procedimento no prontuário médico.

O Conselho Federal de Medicina preceitua, ainda, que a ECT tem indicações precisas e específicas, cujas principais são: depressão maior unipolar e bipolar; mania – em especial, episódios mistos e psicóticos; certas formas de esquizofrenia, em particular a catatônica; transtornos esquizoafetivos; estados confusionais e catatônicos secundários a doenças tóxicas e metabólicas, em pacientes que apresentem impossibilidade do uso de terapêutica psicofarmacológica. Em crianças e adolescentes até 16 anos, a ECT deve ser evitada, salvo em condições excepcionais.

Feitas essas observações e respeitando o amplo e irrestrito direito de manifestação de todo cidadão, formulamos as seguintes considerações sobre o cartaz:

a) O cartaz parece sugerir que uma parcela dos profissionais não médicos vinculada à saúde mental desconhece as possibilidades terapêuticas da eletroconvulsoterapia;

b) O cartaz também parece indicar que seus autores ignoram o zelo e a responsabilidade com que a comunidade médica brasileira, em particular a psiquiátrica, busca desempenhar sua tarefa. Nesse sentido, a realização da ECT, fora dos parâmetros acima referidos, torna o médico passível de punição por infração ao Código de Ética Médica.

c) O cartaz veicula informação sobre a eletroconvulsoterapia que estimula o conflito com o pensamento psiquiátrico oficial a respeito da mesma, externado na Resolução 1.640 do Conselho Federal de Medicina. Pode, assim, gerar desorientação na sociedade a propósito de um recurso terapêutico que tem o respaldo das mais sólidas evidências científicas, nacionais e internacionais, com indicações e contra-indicações precisas;

d) O Conselho Federal de Psicologia deve ser informado dos termos desse Parecer.

Referências bibliográficas

1. Câmara dos Deputados, Comissão de Direitos Humanos (Brasil). Relatório da I Caravana Nacional de Direitos Humanos. Brasília: Câmara dos Deputados; 2000.
2. Assembléia Legislativa, Comissão de Cidadania e Direitos Humanos (Rio Grande do Sul). Relatório Azul–1997. Porto Alegre: Assembléia Legislativa.
3. Bueno AC. Canto dos malditos. Rio de Janeiro: Rocco; 2001.

Posfácio

Franklin Leopoldo e Silva

Após a leitura de tantas e tão variadas análises de questões bioéticas no âmbito da saúde mental, cabe perguntar qual seria – além do fio condutor natural da temática escolhida – o liame de preocupações que une e articula os ensaios do livro. Provavelmente não encontraríamos um tal critério orientador expresso na letra dos textos, mas talvez possamos vê-lo ressaltar da intenção comum que anima o conjunto.

Poderíamos dizer, parafraseando Merleau-Ponty, que a saúde mental é o silêncio da alma, quer a entendamos como entidade espiritual, como atividade cerebral ou como funcionalidade psíquica. Isso quer dizer que o médico, diante do doente mental, põe-se à escuta de uma fala singular – porventura desordenada, muda e anômica – que não se contém nos limites da linguagem usual, mas extrapola nas manifestações do corpo e da mente, isto é, da subjetividade concreta em situação de dor, real ou latente.

Essa escuta é demasiado ampla para ser definida com exatidão, pois ela supõe um conjunto de variáveis maior do que algo que se poderia enumerar e que constitui de forma complexa o modo como o médico se situa, bem como a maneira pela qual se configura a disposição de escutar – de tratar, de curar, de cuidar. Pensamos na formação, no saber, na experiência, no interesse, no empenho, na disponibilidade e em muitas outras condições que podem ser resumidas numa certa forma de estar atento ao outro.

É nessa relação, e nas maneiras concretas como, em cada caso, ela se estabelece e se determina, que se manifesta a dimensão ética presente na constituição desse laço intersubjetivo: uma pareceria difícil, arriscada, intensamente marcada pela contingência inerente a toda relação humana, mas potencializada pela responsabilidade e pela vulnerabilidade daqueles que nela estão envolvidos.

Por um lado, aí estão as ocasiões em que os princípios éticos devem ser afirmados na plenitude da força e do alcance que possuem; por outro, aí também ocorrem os casos em que se torna indispensável observar o equilíbrio delicado entre a necessidade dos princípios e a variabilidade das circunstâncias de sua aplicação. Ponderação complicada, em que a visão objetiva e a sensibilidade individual, a análise e a empatia, aparecem como requisitos igualmente relevantes.

A bioética é uma ética de situações particulares. Ora, se naqueles momentos em que devemos escolher a partir de critérios gerais suficientemente demarcados como orientações de conduta experimentamos a angustiante dificuldade da opção, muito mais difícil se mostram as situações em que o discernimento não pode amparar-se em imperativos claramente definidos na forma e no conteúdo. Como fazer encarnar-se um princípio, conferindo-lhe o sentido singular e o alcance específico exigidos pela circunstância determinada, pelo caráter único e irrepetível dos dramas humanos protagonizados por sujeitos singulares e singularmente afetados pela dor?

É preciso construir e reconstruir, sempre, em cada caso, o território e os limites, desenhar as fronteiras, constituir atitudes, redefinir procedimentos, calcular novos riscos, expor-se de modo diferenciado, encontrar e reencontrar critérios, muitas vezes inventá-los quando a situação que enfrentamos nos despoja de nossas certezas. É fácil pensar que o médico se constitui sujeito de um saber, de uma técnica, de um conjunto de práticas e de uma tradição que o abrigam e protegem, enquanto o paciente é o sujeito fragmentado na incerteza e na vulnerabilidade. Entretanto, essa oposição mostra-se mais formal do que real quando entendemos que, no encontro de subjetividades, a

atenção ao outro não seria autêntica se praticada a partir de uma posição neutra e impessoal – sobretudo no âmbito da saúde mental. Pois as prerrogativas do médico, a diferença incontestável que o coloca frente à fraqueza do outro, perderiam sentido se não se projetassem na defesa do outro, no auxílio e na solidariedade. É desse modo que, na esfera da consciência médica, o individualismo está sempre posto à prova, e todo indivíduo que saia incólume de uma situação difícil partilhada com o outro deveria ser levado a rever a forma como está vivendo a experiência humana – sobretudo nos casos em que essa experiência envolve a responsabilidade pelo outro.

Tudo isso nos autoriza a dizer que a linha que costura os textos reunidos nesse livro tece também a preocupação fundamental com a condição humana, no modo como o psiquiatra com ela se defronta cotidianamente. E é por se tratar do cotidiano que todos os artigos detêm a virtude de manifestar concretamente essa preocupação, através do tratamento de temas específicos. Esse viés necessário e pertinente não deve, entretanto, ocultar o interesse comum e a intenção solidária. Ao rever procedimentos, regras, normas, prescrições, políticas, perfis institucionais, critérios de decisões, modos de convivência profissional, direitos e deveres específicos, o que está constantemente em questão é o cuidado do outro, elemento essencial e componente primaz da relação humana que é preciso sempre cultivar, aprimorar, recriar. Os princípios verdadeiramente superiores e indispensáveis à conduta ética não são necessariamente aqueles mais freqüentemente enunciados; permanecem reais e efetivos graças à sua vinculação indissolúvel com a prática, porque a modulam continuamente, sem que para isso tenham de explicitar-se em regras objetivas.

É esse estrato fundamental da conduta ética que os textos aqui agrupados sugerem, de diferentes maneiras. Nesse sentido as divergências de foco e a diversidade de opiniões não quebram a continuidade e a unidade do livro, antes as constituem pelas vias da diversidade e da pluralidade. Não é necessário que o consenso seja o ponto de partida; basta que ele seja o horizonte ético regulador da liberdade de

pensamento, a qual deve ser em si mesma o primeiro objetivo. E a leitura desse livro mostra que tal objetivo foi atingido.

Não é necessário insistir na relevância da ética como tema fundamental, mas é bom que se ressalte que essa relevância está ligada à intenção permanente de discutir os aspectos éticos da conduta profissional, porque a ética profissional só faz sentido quando se mantém um vínculo forte e intrínseco entre a ética e a profissão. A necessidade dessa discussão nos impede de considerar a ética como um suplemento na formação profissional e na atualização contínua. Os vínculos éticos fortalecem a relação entre a medicina e a sociedade, permitindo que o médico experimente essa relação de modo efetivo e refletido.

Como todas as atividades que se inserem numa sociedade que fez do mercado sua expressão eminente, a medicina psiquiátrica sofre pressões que tendem a alterar a sua posição e a sua função. A reflexão ética alimenta a consciência de que é preciso resistir a essas pressões, nos planos individual e coletivo. Ela se torna, nos dias atuais, condição de vida e de trabalho, indispensável ao fortalecimento existencial e político dos indivíduos e dos grupos que exercem atividades profundamente marcadas pela inserção social. Nesse sentido o debate ético é formador, na mais autêntica e elevada acepção, que é a de formação da consciência livre e responsável. Trabalhos como esse são contribuições significativas para que isso venha a se efetivar.

Autores

Antonio Carlos Massarotto Cesarino
Doutor em Medicina pela Universidade de Heidelberg (Alemanha). Foi professor da Pontifícia Universidade Católica, Universidade Estadual Paulista e Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo. Foi conselheiro do Cremesp, vice-presidente do Sindicato dos Médicos de São Paulo e presidente da Sociedade de Psicodrama de São Paulo. É membro da Comissão de Justiça e Paz.

Cláudio Cohen
Psiquiatra e Psicanalista, Professor Associado da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Responsável pela disciplina de Bioética na Graduação da FMUSP. Presidente da Comissão de Bioética do Hospital das Clínicas da FMUSP. Coordenador do Núcleo de Estudos de Bioética da Universidade de São Paulo.

Darcy Antônio Portolese
Psicanalista e Psiquiatra. Doutor em Psiquiatria pela Université René Descartes (Sorbonne) e pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Membro Efetivo da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo.

Eliana Cristina Gonçalves
Psiquiatra, mestranda na Universidade Federal de São Paulo. Assessora técnica na Coordenação de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde.

Florence Kerr-Corrêa
Professora Titular de Psiquiatria do Departamento de Neurologia e Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista.

Francisco Lotufo Neto
Professor Associado do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Franklin Leopoldo e Silva
Filósofo; Professor do Departamento de Filosofia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo.

Gabriel Roberto Figueiredo
Especialista em Psiquiatria (Universidade de São Paulo e Associação Brasileira de Psiquiatria); Doutor em Medicina pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo; Professor Titular de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Hamer Nastasy Palhares Alves
Psiquiatra, pesquisador da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo; Coordenador da Rede de Apoio a Médicos do Cremesp.

Ibiracy de Barros Camargo
Mestre e Doutor em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professor Titular de Psiquiatria do Centro Universitário Barão de Mauá, de Ribeirão Preto. Coordenador das comissões de Residência Médica e de Certificado de Atualização Profissional da Associação Brasileira de Psiquiatria.

Itiro Shirakawa
Professor Titular de Psiquiatria pela Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina. Ex-conselheiro do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (1983-1988).

José Alvaro Marques Marcolino
Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

José Geraldo Vernet Taborda
Psiquiatra e Psiquiatra Forense. Mestre em "Clínica Médica" e Doutor em "Ciências Médicas" pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre. Coordenador do Departamento de Ética e Psiquiatria Legal da Associação Brasileira de Psiquiatria. Vice-chairman, Section of Forensic Psychiatry, World Psychiatric Association.

Luiz Antonio Nogueira Martins
Professor Associado do Departamento de Psiquiatria Universidade Federal de São Paulo. Coordenador do Núcleo de Assistência e Pesquisa em Residência Médica e Pós-Graduação.

Luiz Carlos Aiex Alves
Coordenador da Câmara Técnica de Saúde Mental do Cremesp. Mestre em Psiquiatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Médico do Serviço de Psiquiatria e Psicologia Médica do Hospital do Servidor Público Estadual.

Mauro Gomes Aranha de Lima
Psiquiatria e Mestrado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Assistente técnico do Centro de Apoio Operacional Cível do Ministério Público do Estado de São Paulo. Graduando da Faculdade de Filosofia de São Bento.

Pilar Lecussán Gutierrez
Psiquiatra Assistente do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). Presidente da Comissão de Ética Médica do HC FMUSP. Membro da Comissão de Bioética do HC FMUSP

Renato Del Sant
Médico Assistente do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). Membro da Comissão de Bioética do HC-FMUSP. Mestre em Psiquiatria pela Universidade de São Paulo.

Ronaldo Laranjeira
Professor Livre Docente do Departamento de Psiquiatria Universidade Federal de São Paulo. Coordenador da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas.

Anexos

Pareceres selecionados da Câmara Técnica de Saúde Mental do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (2004/2007)

Sobre o documento "Drogas: Cartilha Álcool e Jovens" da Secretaria Nacional Anti-Drogas 241

Sobre a necessidade do antipsicótico Aripiprazol estar disponível na rede pública de saúde 245

Terapia cognitivo-comportamental para cessação de tabagismo através de ligações telefônicas 249

Prescrição médica feita em grupo em programa de combate ao tabagismo 251

Competência técnica e amparo legal para que o psiquiatra indique o teste psicológico 253

Reprovação em exame psiquiátrico de admissão para emprego 257

Deixar envelope com receita médica na portaria do consultório 261

PARECER 40.172/05

Sobre o documento "Drogas: Cartilha Álcool e Jovens" da Secretaria Nacional Anti-Drogas

Ementa:

O documento "Drogas: Cartilha Álcool e Jovens", da Secretaria Nacional Anti-Drogas, contém falhas técnicas e imprecisões de linguagem que devem ser corrigidas. No entanto, enquanto inserido na estratégia de redução de danos em saúde pública, tem o mérito de trazer para discussão o sério problema do uso e abuso de álcool entre os jovens no Brasil, apesar da proibição da venda de bebida alcoólica a menor de 18 anos de idade.

Consulta

O Procurador da República no Estado de São Paulo solicitou manifestação do Cremesp acerca do livrete da Secretaria Nacional Anti-Drogas (Senad) "Drogas: Cartilha Álcool e Jovens". O propósito declarado do texto é expor *"o que um jovem precisa saber para evitar problemas"* relativos ao álcool. O consulente anexou a Recomendação MPF/SP 12/2005 para que a Senad interrompa a distribuição da cartilha e proceda a sua reformulação. Entre os considerandos da Recomendação destacam-se:

a) A não menção pela Cartilha da proibição legal da venda de bebida alcoólica a menor de 18 anos.

b) A não menção de estudos relativos aos prejuízos que o consumo de álcool pode causar à saúde e ao desenvolvimento da criança e do adolescente.

c) A prevalência de um discurso inadequado para resguardar a criança e adolescente do consumo precoce de bebida alcoólica, em alguns pontos chegando ao "*evidente incentivo ao consumo de álcool*".

d) A tendência de minimizar os efeitos noviços do consumo de álcool.

e) A utilização de "*linguagem ora omissa, ora confusa, ora incompleta ao se referir aos dados estatísticos relativos ao consumo de álcool*".

Parecer

1) A estratégia de política pública de saúde em que se baseia a Cartilha é o da redução de danos. O objetivo é a prevenção de prejuízos maiores conseqüentes a realidades clínicas já instaladas e de difícil erradicação. No caso específico de prevenção secundária de abuso de álcool em jovens, esta modalidade tem pertinência técnica, com resultados bastante satisfatórios. Como exemplo, citamos os descritos em experiências realizadas com estudantes norte-americanos na década de 1990[1].

2) A Câmara Técnica reconhece a importância da política de redução de danos no uso e abuso de álcool entre os jovens. No entanto, a Cartilha apresenta os seguintes equívocos, que deveriam ser corrigidos:

2.1) Embora afirme ter como destinatários duas faixas etárias de jovens — "*meninos e meninas*" de 12 a 17 anos e "*jovens mais velhos, entre 18 e 24 anos*" (p. 9) — a Cartilha não as particulariza, quando deveria fazê-lo, no trecho em que tece recomendações sobre o beber. Essa particularização seria indispensável visto que, entre outras diferenciações possíveis, as características da estrutura cognitivo/afetivo/volitiva de um jovem de 12 anos são distintas das de um rapaz ou de uma moça de 24 anos. Conseqüentemente, ao contrário do que acontece no documento da Senad, também deveria ser diferente a linguagem empregada na comunicação com os mesmos.

2.2) Na página 10 temos: *"O segredo para que o uso de álcool não tire energia é beber pouco e devagar, aumentando a fase estimulante da bebida e evitando passar para a fase depressora"*.

Embora seja inquestionável que a diminuição da velocidade de ingestão do álcool reduz os seus efeitos sobre o sistema nervoso, construções como estas poderiam ser assim interpretadas: "Beba pouco e devagar, porque, assim, o álcool não lhe tirará energia e, mais ainda, este jeito de beber lhe aumentará a fase estimulante da bebida, sem passar para a fase depressora". Além de eventualmente incentivar o consumo de bebida, este possível entendimento representa um erro técnico, posto que a bebida é sempre depressora. Está bem estabelecida a lentificação dos processos de coordenação motora desde o início da ingestão alcoólica.

2.3) Nas páginas 16 e 17 lê-se: *"Esses estudos são uma maneira de documentar que nem toda a mágica está na garrafa. Muito está na nossa cabeça, na nossa capacidade de relaxar só porque estamos numa situação propícia"*.

Há, aqui, uma ambigüidade que precisaria ser corrigida. Se podemos entender a frase da seguinte forma: "Você não precisa beber para relaxar e se divertir", o que é razoável; também é exeqüível o entendimento inverso: "Pode beber sem problemas, porque os efeitos da bebida são psicológicos", o que evidentemente é falso.

3) A Cartilha deveria ser retificada por não mencionar a proibição da venda de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos, contida no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, artigo 81, II), que também tipifica essa prática como crime (ECA, artigo 243).

Conclusão

Apesar das deficiências apontadas, somos de parecer que a Cartilha tem o mérito de trazer à ordem do dia o sério problema de saúde pública que representa, em nosso país, o uso e abuso de álcool entre os jovens. Ela admite, assim, implicitamente, as evidências epidemiológicas que apontam crescimento no consumo de etílicos em uma parcela dos jovens, sejam eles universitários ou estudantes do nível médio, apesar da

proibição legal da venda de bebidas alcoólicas para menor de idade. Vem de encontro, portanto, do dever do poder público de buscar formas de informar e alertar a juventude sobre uma realidade clínica que pode comprometer o seu desenvolvimento físico, mental, moral e social.

Entendemos ser viável a combinação de estratégias de prevenção primária e prevenção secundária no que diz respeito ao uso abusivo de álcool entre os jovens. A questão é qual estratégia priorizar: a prevenção primária — que objetiva adiar ao máximo a idade de início de ingestão de bebida alcoólica —, ou a secundária — que visa a prevenir as conseqüências adversas do hábito —, como a estratégia de redução de danos, da qual a Cartilha é um exemplo. Esta questão, todavia, cuja relevância e implicações vão muito além da mera apreciação do documento da Senad, foge ao escopo desta consulta.

Aprovado na 3.478ª reunião plenária, realizada em 12.05.2006.
Homologado na 3.481ª reunião plenária, realizada em 16.05.2006.

Referências bibliográficas.

1. Cf. Marlatt, GA. Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Tradutor: Daniel Bueno. Porto Alegre: ArtMed, 1999, p. 80.

PARECER 113.353/06

Sobre a necessidade do antipsicótico Aripiprazol estar disponível na rede pública de saúde

Ementa:

Entre os antipsicóticos de segunda geração, categoria na qual se inclui o aripiprazol, com exceção da clozapina, é muito difícil definir se um fármaco é mais eficaz do que outro.

Consulta

O Dr. R.M.J., Promotor de Justiça do Grupo de Atuação Especial da Saúde Pública e da Saúde do Consumidor, solicita parecer sobre a eficácia científica do medicamento antipsicótico aripiprazol, comparando-a com a de similares disponibilizados pela rede pública de saúde, e sobre a efetiva necessidade de fornecimento do remédio pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para tratamento dos portadores de esquizofrenia. O consulente solicita também encaminhamento de bibliografia e de eventual consenso entre os psiquiatras sobre o aripiprazol.

Parecer

I) Características da Esquizofrenia e o seu tratamento farmacológico recomendado pela literatura especializada.

A Esquizofrenia é um distúrbio psíquico que com taxa de prevalência de 1% na população geral, no mundo todo, e incidência de quatro casos novos por 10.000 habitantes/ano. O quadro começa no final da adolescência ou no adulto jovem. A doença afeta igualmente ambos os sexos e o seu início ocorre em função de tendências genéticas e fatores precipitantes biológicos e psicossociais.

A Esquizofrenia é incluída na Classificação Internacional de Doenças, 10ª. Edição (CID - 10) entre os denominados "transtornos psicóticos", uma vez que, em crise, seus portadores apresentam sintomas definidos como 'psicóticos': uma grande desorganização do pensamento e a presença de alucinações e delírios de perseguição e de

referência, que comprometem o juízo de realidade. O transtorno sem tratamento evolui por surtos e a cada novo surto pode ocorrer ampliação da disfunção cognitiva e redução da habilidade social e ocupacional. A falta de tratamento ou tratamento inadequado podem acarretar a cronicidade do distúrbio, com conseqüências devastadoras para a vida mental do sujeito, que perde progressivamente a capacidade de gerir a sua existência e o seu sustento.

Os conhecimentos atuais sobre a Esquizofrenia, obtidos através da biologia molecular e técnicas de neuroimagem funcional (Tomografia por Emissão de Pósitron), mostraram que há um desequilíbrio no sistema de neurotransmissão, particularmente da relação dopamina/serotonina. Sendo um transtorno de descompensação neuroquímica biológica, o tratamento fundamental baseia-se no emprego de drogas antipsicóticas na tentativa de reequilibrar as alterações dos neurotransmissores.

Os primeiros fármacos para o tratamento da Esquizofrenia foram introduzidos de 1952 até a década de 80, e são conhecidos como antipsicóticos de primeira geração. A partir do final da década de 80, foram sendo lançados os antipsicóticos de segunda geração ou atípicos. Esses medicamentos tornaram-se importantes no tratamento do transtorno pois, utilizados precocemente, conseguem controlá-lo ou evitar a sua cronificação. Embora os antipsicóticos de primeira geração, cujo protótipo é o haloperidol, sejam eficazes, a literatura recomenda o uso dos de segunda geração, que são igualmente eficazes mas mais seguros, produzem menos efeitos colaterais, são mais confortáveis para o paciente e promovem uma adesão maior ao tratamento. Ademais, eles foram desenvolvidos de forma planejada e atuam mais na regulação da relação dopamina/serotonina, e não somente na regulação da dopamina, como os de primeira geração.

II) Sobre a eficácia científica do aripiprazol comparada com similares disponibilizados pela rede pública de saúde, com suas vantagens e desvantagens.

Para se comprovar cientificamente a eficácia de um novo fármaco antipsicótico é imprescindível que ele seja comparado com placebo

(droga inerte) e com o haloperidol, que é antipsicótico mais testado na literatura. Nos seis artigos citados no final deste parecer, é possível verificar que o aripiprazol é igualmente eficaz para o tratamento da esquizofrenia comparado a risperidona, olanzapina, quetiapina e ziprasidona, que são similares disponibilizados pela rede pública.

O aripiprazol traz uma inovação no sentido de ser um agonista parcial dos receptores D2 (dopamina) e 5HT1A (serotonina) e antagonista dos receptores 5HT2A (serotonina). Tais ações neuroquímicas representam nuances de atuações contra sintomas da doença, nos neurônios cerebrais. Como conseqüência, na prática clinica, pacientes que não melhoram com um determinado medicamento podem melhorar com a mudança para um outro fármaco.

III) Sobre a efetiva necessidade do fornecimento do aripiprazol pelo SUS para o tratamento da Esquizofrenia.

A esquizofrenia é uma doença heterogênea e não apresenta um curso evolutivo uniforme. Seu prognóstico depende de inúmeros fatores como idade de início, sexo, carga genética, início de tratamento, resposta ao fármaco, fatores estressantes familiares e sociais, etc. Sendo assim, é difícil haver um consenso a favor deste ou daquele medicamento. Por enquanto, o único consenso que existe na literatura psiquiátrica é a favor da clozapina nos casos de esquizofrenia refratária, isto é, que não responde aos fármacos usuais.

Conclusão

Dentre todos os novos antipsicóticos de segunda geração, com exceção da clozapina, é muito difícil definir, de forma categórica, que um fármaco é superior ou inferior ao outro. O aripiprazol significa uma nova opção e um reforço no arsenal terapêutico do tratamento da Esquizofrenia. Pacientes que, por suas peculiaridades, não melhoram com outros medicamentos, poderiam responder favoravelmente ao aripiprazol.

Aprovado na 3.657ª reunião plenária, realizada em 12.05.2007.
Homologado na 3.659ª reunião plenária, realizada em 15.05.2007.

Bibliografia encaminhada ao consulente.

1. Arch Gen Psychiatry 2003; 60:681-690.
2. Psychopharmacology 2006; 189:259-266.
3. J Clin Psychiatry 2004; 65[suppl 18]: 47-56.
4. J Clin Psychiatry 2002; 63: 763-771.
5. International Journal of Neuropsychopharmacology 2003; 6: 325-337.
6. Schizophrenia Research 2006; 84: 77-89.

PARECER 134.353/06

Terapia cognitivo-comportamental para cessação de tabagismo através de ligações telefônicas

Ementa:

Para declarar vinculação com Psicoterapia o médico deve ter título de especialista em Psiquiatria e certificação em Psicoterapia da Associação Brasileira de Psiquiatria. Não consideramos ético que um médico coordene um serviço que ofereça assistência com o nome de 'psicoterapia cognitivo-comportamental' por meio de profissionais não médicos.

Consulta

A Dra. A.G.Z. solicita parecer sobre o projeto "Disk Livre do Cigarro", de uma empresa de serviços hospitalares'. A consulente informa tratar-se de um serviço "pró-ativo" por telefone, com o objetivo de aumentar o acesso dos clientes da empresa a métodos para a cessação de tabagismo. É fornecida a seguinte descrição do serviço que se pretende implantar.

Após ser encaminhado por médico ou ter contato com material de divulgação, a pessoa interessada telefona para o "Disk Livre do Cigarro". Um atendente anotará os dados pessoais, avaliará a motivação para o método e prestará informações sobre dependência da nicotina e seus malefícios, e os benefícios da cessação do tabagismo. Em 48 horas, um "conselheiro", estudante universitário na área da saúde, entrará em contato para realizar "terapia cognitivo-comportamental", através de ligações telefônicas de 15 minutos de duração. Serão oito ligações ao longo de um período de três meses. Não serão prescritas e nem orientada a compra de medicações para cessação do tabagismo. O supervisor da equipe será um profissional de saúde com nível superior. A coordenação do serviço será feita por médico. Pacientes com comorbidade psiquiátrica não serão atendidos.

Parecer

O Conselho Federal de Medicina reconhece a 'Psicoterapia' como uma área de atuação na Medicina, dentro da especialidade de Psiquiatria. O médico só pode declarar vinculação com alguma especialidade ou área de atuação quando for possuidor dos títulos ou certificados a eles correspondentes, devidamente registrados no Conselho Regional de Medicina. As especialidades médicas e as áreas de atuação devem receber registros independentes no Conselho Regional de Medicina.

Qualquer especialidade médica precisa ter, no mínimo, dois anos de formação. Já as áreas de atuação precisam ter uma formação mínima de um ano. Para declarar vinculação especificamente com Psicoterapia, são requisitos o título de especialista em Psiquiatria e a certificação da sociedade de especialidade correspondente, isto é, da Associação Brasileira de Psiquiatria.

Na medida em que a terapia cognitiva é um método psicoterapêutico consagrado internacionalmente, não consideramos ético que um médico coordene um serviço que se disponha a oferecer assistência com o nome de 'terapia cognitivo-comportamental' nos moldes descritos na consulta.

Caso a consulente pretenda levar adiante o atendimento projetado, ele deve ser claramente desvinculado da assistência médica. O serviço poderá fazer o que pretende — prestar informações a respeito do tabagismo e seus malefícios, identificar as situações de risco de recaída, desenvolver estratégias de auto-controle e auto-manejo, ensinar técnicas de controle de estímulos e de relaxamento, etc. — mas sem qualquer vinculação com o método e a prática da psicoterapia cognitivo comportamental. Para tanto, o prestador do serviço precisaria ser médico, ter o título de especialista em Psiquiatria e o certificado de área de atuação em Psicoterapia.

Aprovado na 3.681ª reunião plenária, realizada em 29.06.2007.
Homologado na 3.685ª reunião plenária, realizada em 03.07.2007.

PARECER 103.793/06

Prescrição médica feita em grupo em programa de combate ao tabagismo

Ementa:

O ato da prescrição de medicamentos deve ser feito individualmente e não em grupo.

Consulta

A Dra. S.R.M., assistente técnica do Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas, da Secretaria de Estado da Saúde, solicita parecer sobre a possibilidade da prescrição médica, em programa de combate ao tabagismo, ser feita em grupo. A consulente fornece a seguinte descrição da seqüência de atendimento do programa:

a) Os pacientes se inscrevem em uma lista de espera e são chamados sempre que um novo grupo de atendimento se inicia.

b) Dois grupos estão instituídos: I) Dependentes exclusivos de nicotina; e II) Dependentes de outras drogas, com graves perdas sociais.

c) O tabagista é, de início, atendido individualmente em entrevista com psicólogo, assistente social, nutricionista ou enfermeiro. A seguir, no mesmo dia, é atendido por médico, quando se realiza exame físico e se solicitam eventuais exames.

d) Em seguida o atendimento passa a ser feito em grupo, por equipe multiprofissional — médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social e fisioterapeuta. A medicação também é prescrita em grupo, razão pela qual um dos médicos do serviço foi realocado em outro setor, por não concordar com esse procedimento, que lhe parecia antiético.

Parecer

Não se duvida que o atendimento psicológico em grupo, de orientação higiênica ou nutricional, é eticamente correto e bem indicado, uma vez que a coesão, a força afetiva e o apoio interpessoal que podem se desenvolver em trabalhos dessa natureza são potencialmente benéficos. Pode ajudar, até mais do que em atendimentos individuais, os pacientes a

se sentirem motivados a abandonar o hábito pernicioso. Está, portanto, perfeitamente indicado esse tipo de prática para o fim a que se destina.

Não é raro que se discutam, em grupos dessa natureza, as indicações e os eventuais efeitos secundários dos medicamentos mais habitualmente utilizados. Também ai a força do grupo pode ajudar a aumentar a confiança na utilidade dos fármacos e aumentar a adesão a esse aspecto do tratamento.

Entretanto, a prescrição em si deve ocorrer em entrevista singular entre o médico e seu paciente, ainda que a receita na maior parte dos casos seja semelhante ou até idêntica. É de se pensar que esta é uma oportunidade, por vezes rara em serviços públicos de saúde, do usuário ter a chance de um encontro pessoal e em separado com seu médico. Não se pode descartar a possibilidade de que, nessa situação, possa ocorrer a revelação de algo que a pessoa não deseje ou tenha dificuldade de relatar diante do grupo. Mesmo porque grupos da natureza dos descritos pela consulente nem sempre tomam feição psicoterápica no sentido mais estrito do termo.

Por outro lado, no que diz respeito à medicação em si, pode ser necessária uma dose individualmente diferenciada, bem como a prescrição de remédios diferentes dos habituais, em função de características pessoais do usuário em questão. Assim, além de se preservar eventualmente o segredo médico para determinados casos, estaremos criando a possibilidade de atendimento de melhor qualidade.

Em síntese, o parecer é no sentido de que o ato da prescrição de medicamentos deva ser feito individualmente e não em grupo.

Aprovado na 3.681ª reunião plenária, realizada em 29.06.2007.
Homologado na 3.685ª reunião plenária, realizada em 03.07.2007.

PARECER 26.091/04

Competência técnica e amparo legal para que o psiquiatra indique o teste psicológico

Ementa:

O Psiquiatra, enquanto responsável pelo tratamento, tem amparo legal para indicar o exame subsidiário que julgar conveniente para o paciente, inclusive o teste psicológico. O psicólogo, entretanto, na medida em que é detentor do uso exclusivo dos testes psicológicos, possui igualmente amparo legal para acatar ou não a indicação do médico no que se refere teste a ser empregado. A questão que para ser resolvida requer, na prática, um acordo entre ambos os profissionais.

Consulta

A consulente, que é psicóloga e chefia uma equipe de psicólogos em uma instituição pública, relata que tem ocorrido o psiquiatra solicitar avaliação psicológica indicando o teste que deverá ser aplicado. A pergunta é no sentido de saber se o médico tem competência e amparo legal para indicar o tipo de teste a ser empregado.

Parecer

Os testes psicológicos são instrumentos de avaliação ou mensuração de características psicológicas, constituindo-se um método ou uma técnica de uso privativo do psicólogo. É isso o que dispõe a Lei Nº. 4.119/62, Art. 13, parágrafo 1º:

§ 1º - Constitui função privativa do Psicólogo a utilização de métodos e técnicas psicológicas com os seguintes objetivos:

a. Diagnóstico psicológico;

b. Orientação e seleção profissional;

c. Orientação psicopedagógica;

d. Solução de problemas de ajustamento.

Nesse mesmo sentido, a Resolução do Conselho Federal de Psicologia Nº. 2/2003, Art. 1o., parágrafo único, fornece a seguinte definição para teste psicológico:

"Procedimentos sistemáticos de observação e registro de amostras de comportamentos e respostas de indivíduos com o objetivo de descrever e/ou mensurar características e processos psicológicos, compreendidos tradicionalmente nas áreas emoção/afeto, cognição/inteligência, motivação, personalidade, psicomotricidade, atenção, memória, percepção, dentre outras, nas suas mais diversas formas de expressão, segundo padrões definidos pela construção dos instrumentos."

O CFP tem poder para fiscalizar o exercício da profissão e, dessa forma, detém legitimidade para exigir do psicólogo que utilize instrumentos eficazes, sob pena de lesionar a população atendida. Todo cidadão tem direito de apresentar ao CFP pesquisas que demonstrem evidências contrárias aos testes aprovados pela entidade. Por outro lado, o psiquiatra na função de chefia de uma equipe de psicólogos, em uma instituição pública ou privada, poderá sofrer ações do Conselho da categoria se ficar comprovado ter exercido medidas coercitivas contra o psicólogo subordinado, ao exigir dele atos que não são da sua competência.

Sabemos que testes psicológicos, quando aplicados e interpretados por profissionais experientes e competentes, seriam equiparáveis a importantes dados de laboratório em exames médicos. O psicometrista é treinado para aplicar e avaliar quantitativa e qualitativamente medidas de inteligência, personalidade e psicopatologia em termos de normas estabelecidas. Ele é, portanto, menos sujeito à inclinação natural do clinico a julgar psicopatologias unicamente com base na própria experiência acumulada.

Uma vez que a formação do psiquiatra é predominantemente de natureza clinica, existe a possibilidade que não indique consistentemente o melhor teste a ser aplicado a um determinado paciente. Isso não o impede de estabelecer um processo de consultoria com o psicólogo responsável pela testagem psicológica.

Dificuldades na comunicação entre médicos são freqüentes. Esta dificuldade também existe no relacionamento de equipes multiprofissionais. Um formulário para a solicitação de testagem psicológica

poderia facilitar o entendimento e comunicação entre profissionais de saúde mental. Um exemplo disso é o modelo de encaminhamento usado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, que segue anexo.

O médico deveria, de preferência, fazer encaminhamento para teste psicológico procurando explicitar dados que considere importante da historia clinica do paciente. As perguntas que um psiquiatra pode fazer em um encaminhamento neuropsicológico, por exemplo, estão tipicamente relacionadas com o papel de uma possível disfunção do sistema nervoso central na patologia do paciente e seu impacto no funcionamento cotidiano.

Já o psicólogo, ao encaminhar o laudo do teste, deveria fazê-lo no formato mais útil para o médico encaminhador. Por exemplo, um psiquiatra de orientação psicodinâmica geralmente prefere um relatório que o ajude a entender melhor o paciente do ponto de vista psicogenético. No entanto, um psiquiatra cuja prática é primariamente focalizada em medicação, pode preferir um relatório centrado em sintomas específicos, sugeridos por testagem objetiva, que ele possa tratar farmacologicamente.

Paralelamente a essas observações, é da maior relevância considerar que, caso o médico que solicita a avaliação psicológica seja o responsável pelo tratamento do paciente, ele está revestido de direitos e deveres estabelecidos pelo Código de Ética Médica (CEM). Assim, segundo o Art. 21 do CEM, constitui direito do médico: "Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no País." Já o Art. 8º, que se refere à liberdade profissional, estabelece: "O médico não pode, em qualquer circunstância ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção de seu trabalho."

Em conclusão, o parecer é no sentido de que o psiquiatra, enquanto responsável pelo tratamento, tem amparo legal para indicar o exame subsidiário que julgar conveniente para o seu paciente, ai in-

cluído o teste psicológico. Todavia, o psicólogo, na medida em que é detentor do uso exclusivo dos testes psicológicos, possui igualmente amparo legal para acatar ou não a indicação do médico no que se refere ao tipo de teste a ser empregado.

Trata-se, portanto, de uma questão que para ser resolvida requer, na prática, o estabelecimento de um acordo entre ambos os profissionais. Essa posição, aliás, pode ser deduzida do próprio CEM, em seu Art. 18, que trata das relações do médico com os demais profissionais em exercício na área de saúde. Segundo esse Artigo, tais relações "devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e independência profissional de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente. "

Aprovado na 3.217ª reunião plenária, realizada em 12.11.2004.
Homologado na 3.220ª Reunião plenária, realizada em 16.11.2004.

PARECER 30.525/05

Reprovação em exame psiquiátrico de admissão para emprego

Ementa:

O psiquiatra que reprovar um candidato em exame admissional tem o dever de comunicar-lhe, por escrito e com a devida identificação (CRM, nome e matrícula), o resultado do exame pericial, bem como orientá-lo para tratamento.

Consulta

A Dra. M.M., coordenadora do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de São Paulo, solicita parecer sobre três questões, a propósito da reprovação em exame médico de admissão de um candidato ao cargo de técnico bancário de uma instituição financeira estatal.

1) É possível traçar um perfil psicológico com três consultas por profissionais diferentes?

2) O candidato, reprovado do ponto de vista psíquico, e que até então se julgava sadio, não deveria ser esclarecido sobre os motivos de sua reprovação?

3) A inclusão de um exame psíquico/psicológico, eliminatório, não daria margem a discriminação ideológica, filosófica, religiosa, sexual ou de outra ordem qualquer?

A consulente argumenta que não há um perfil psicológico específico para o cargo de técnico bancário. O cargo é administrativo e apresenta fatores de risco físicos e psicossociais comuns a vários cargos do setor financeiro e de outros setores. A consulente informa ainda que o candidato não conseguiu obter cópia dos relatórios/pareceres, apesar de ter solicitado nos consultórios de médicos, que provavelmente são credenciados pela instituição financeira.

Parecer

Em relação à configuração clínica de uma pessoa submetida a avaliação psiquiátrica, é possível apreendê-la, ainda que de forma aproximada e não necessariamente definitiva, a partir de uma anamnese e exame psíquico adequados, segundo parâmetros compartilhados pela comunidade psiquiátrica ocidental. Estes parâmetros foram estabelecidos — ainda que não necessariamente estruturados sob a forma de testes, instrumentos ou escalas diagnósticas — desde meados do século XIX, a partir dos grandes tratadistas em Psicopatologia.

Quanto ao número de entrevistas requeridas para essa avaliação, não há, a rigor, um mínimo estipulado maior do que um. O fato de, no caso especifico, terem sido três consultas por profissionais distintos, não indica, necessariamente, uma precipitação diagnóstica por parte dos avaliadores.

No que diz respeito a um "perfil psicológico" — entendido como o conjunto dos traços, tipos ou transtornos de personalidade e/ou eventuais transtornos mentais atuais de uma pessoa — adequado ou inadequado para determinado cargo, algumas considerações precisam ser feitas. Funções profissionais podem ter, na totalidade ou nas particularidades de seu exercício, características tais que, num pensar prospectivo do psiquiatra, indicam-lhe dificuldades ou facilidades de sua execução pela pessoa avaliada, conforme o seu "perfil", na acepção acima dada. Sem entrar no mérito ou propósito dessa prospecção, dois pontos-de-vista podem ser formulados:

(I) O da empresa, ou empregador, qual seja, o da previsão de eficácia funcional do postulante para aquele emprego.

(II) O de interesse do próprio postulante, isto é, o de prospectar o eventual nível de estresse a que ele estará submetido na relação entre as particularidades dos afazeres propostos e as suas próprias possibilidades e dificuldades.

O psiquiatra, no âmbito conceitual específico de seu exercício, pode articular prognósticos. Estes vão depender, também, do contexto profissional em que a pessoa avaliada estará inserida. No entanto, o uso

que o psiquiatra fará desses prognósticos não poderá estar sujeito somente do escopo a que se destinam — na situação em questão, recomendar ou não ao empregador a contratação do periciando — mas também deverá se submeter a um balizamento ético implícito. Desde que o médico seja solicitado a agir (no caso, uma apreciação pertinente à matéria médica relativamente a uma outra pessoa), inaugura-se, com sua ação, a abrangência ética do procedimento. Em conseqüência, deve o médico responder por sua ação a quem a ela submetido, mormente quando há o desejo expresso da pessoa avaliada de um esclarecimento e orientação.

Poder-se-ia argumentar que, num contexto pericial em que perito e periciado estariam conscientes dos papéis ali desempenhados, os quais seriam insuficientes para prefigurar uma relação médico-paciente, o psiquiatra teria por função apenas avaliar o periciando e não forçosamente orientá-lo ou tratá-lo, posto que ainda não constituído o âmbito do ato clínico. Entendemos, no entanto, que este argumento não se sustenta. Na medida em que o periciando, notificado de que o exame médico admissional concluiu pela "impossibilidade de seu aproveitamento", solicita o laudo médico em questão, configura-se uma demanda médica a que o profissional não deve se omitir. Nem que seja para somente esclarecer à pessoa avaliada sobre o seu diagnóstico e a melhor forma de acesso ao devido tratamento. Agindo assim, o médico estaria cumprindo os artigos 1º, 2º, 59 e 70 do Código de Ética Médica.

Este ponto de vista encontra pleno apoio, por analogia, na Resolução CFM nº 1.488, de 11/02/1998, que dispõe sobre normas específicas para médicos que atendam o trabalhador. Os incisos III e IV do seu Art. 6º. estabelecem que são atribuições e deveres do perito-médico: (a) comunicar, por escrito, o resultado do exame médico-pericial ao periciando, com a devida identificação do perito-médico (CRM, nome e matrícula); e (b) orientar o periciando para tratamento quando eventualmente não o estiver fazendo e encaminhá-lo para reabilitação, quando necessária.

Assim, somos de parecer que os médicos que reprovaram o candidato têm o dever de lhe comunicar, por escrito e com a devida

identificação (CRM, nome e matrícula), o resultado do exame pericial de admissão, bem como orientá-lo para tratamento se eventualmente não estiver fazendo.

Quanto à questão que um exame psíquico/psicológico eliminatório pudesse dar margem a "discriminação ideológica, filosófica, religiosa, sexual ou de qualquer outra ordem", entendemos que a avaliação psíquica é tão somente a propedêutica necessária para se constatar um transtorno mental. Não é, em si, fato gerador de preconceitos. O preconceito, na hipótese aventada a intenção oportunista de utilizar a perícia psiquiátrica em detrimento de alguém, escapa ao mérito da própria perícia. Eventuais preconceitos preexistem aos diagnósticos, não o contrário. Não cabe ao médico, portanto, deixar de cumprir o seu papel — no caso, manifestar-se sobre a impressão clínica que teve do periciando, desde que este aceitasse, de forma esclarecida e livre, a se submeter ao exame psiquiátrico admissional.

Aprovado na 3.260ª reunião plenária, realizada em 01.03.2005.

PARECER 29.443/05

Deixar envelope com receita médica na portaria do consultório

Ementa:

Deixar envelope lacrado para paciente na portaria de prédio contendo receitas, pedido de exames ou relatórios médicos não contraria a ética médica, desde que tenha a autorização do paciente.

Consulta

A Dra. C.A.L. solicita parecer sobre o ato deixar envelope lacrado contendo receitas, pedido de exames ou relatórios médicos para pacientes na portaria do edifício comercial em que tem consultório.

Parecer

O sigilo da correspondência é direito e garantia fundamental do cidadão brasileiro, previsto no artigo 5º., inciso XII, da Constituição Federal. Deixar um envelope lacrado na portaria de prédio implica, evidentemente, no risco dele ser aberto por terceiros, de forma involuntária ou intencional. No entanto, estando o destinatário ciente deste risco e concordando em recebê-lo do modo descrito, o remetente não poderia ser responsabilizado pela eventual violação do seu conteúdo.

No que diz respeito especificamente ao exercício da medicina, esta posição encontra respaldo no Artigo 102 do Código de Ética Médica. Este dispositivo veda ao médico: "Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente."

Em sendo assim, entendemos que o ato de deixar envelope lacrado para paciente na portaria do prédio — "contendo receitas, pedidos de exame ou relatórios médicos" — desde que realizado com o

conhecimento e autorização do paciente, não contraria a ética médica. Semelhante autorização equivaleria a transferir para o paciente a responsabilidade pela eventual quebra do sigilo médico.

É de se mencionar que não pode haver cobrança de honorários na circunstância descrita.

Aprovado na 3.292ª reunião plenária, realizada em 06.05.2005.
Homologado na 3.295ª Reunião plenária, realizada em 10.05.2005.